

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HOLLEVILLE Philippe

NÉ LE 22 FÉVRIER 1941 A PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE:

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION CONJUGUÉE
DE L'HÉPATOVITAMINOTHÉRAPIE INTENSIVE ET DE
LA PSYCHOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE
L'ALCOOLISME PSYCHIATRIQUE**

PRÉSIDENT: Monsieur C. LAUNAY, Professeur

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HOLLEVILLE Philippe

NÉ LE 22 FÉVRIER 1941 A PARIS

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION CONJUGUÉE
DE L'HÉPATOVITAMINOTHÉRAPIE INTENSIVE ET DE
LA PSYCHOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE
L'ALCOOLISME PSYCHIATRIQUE**

PRÉSIDENT : Monsieur C. LAUNAY, Professeur



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Clément LAUNAY

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de ce travail.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnais-
sance et nous lui en gardons une profonde gratitude.

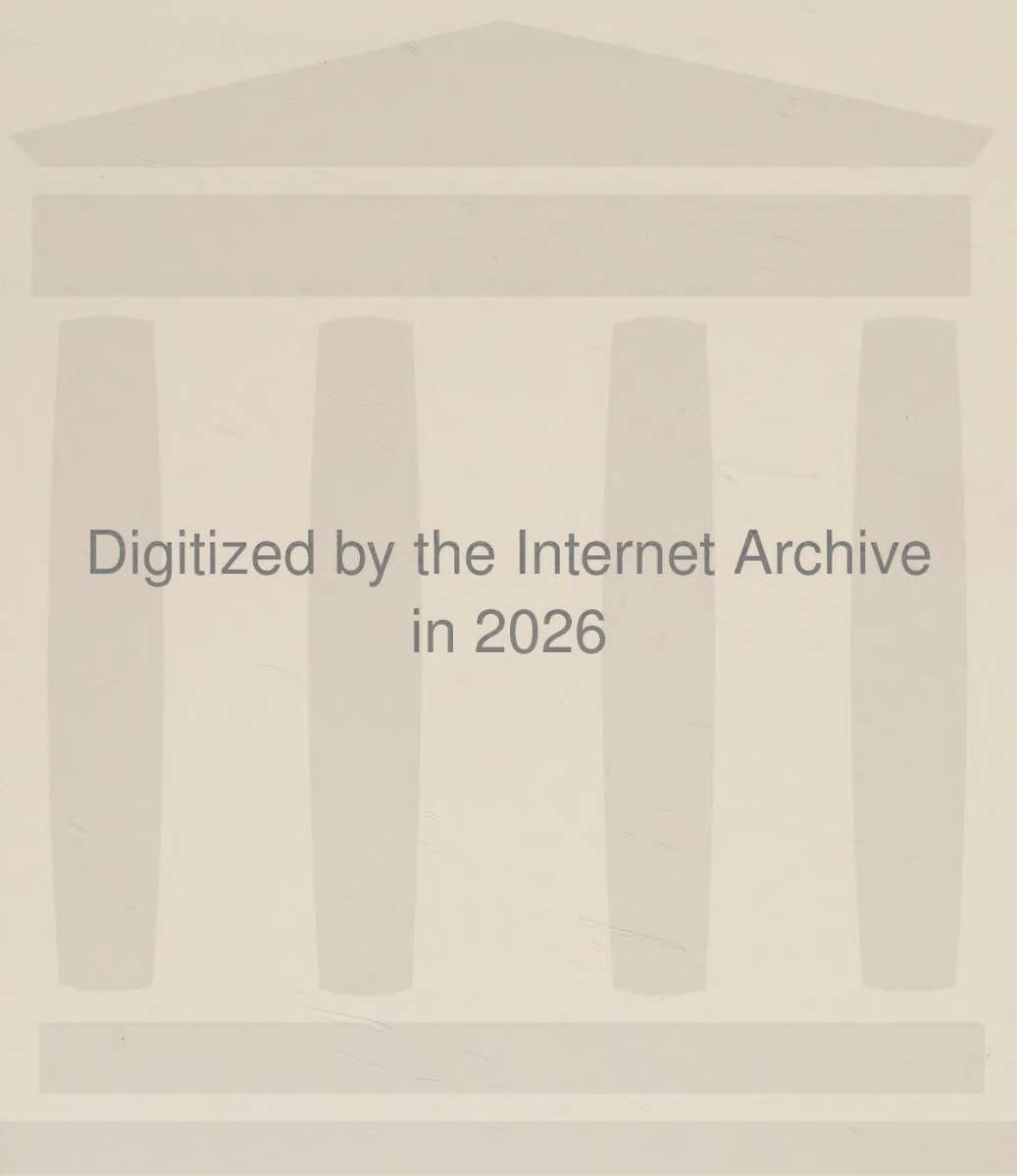
Très Respectueux HOMMAGES.

A NOS JUGES

Nous ne saurions trop les remercier d'avoir accepté cette charge.

Nous espérons leur indulgence et leur bienveillance.

Qu'ils trouvent ici le gage de notre haute estime.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554017_0009

Au Docteur A. GORCEIX

Qui nous a dirigé avec une extrême amabilité dans la
voie de la psychiatrie.

Nous le prions d'accepter ici l'expression de nos senti-
ments respectueux.

A NOS MAITRES DANS LA FACULTE

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Témoignage de notre profonde gratitude.

A MA FAMILLE

En témoignage de ma profonde affection.

AU MEDECIN COLONEL C. ALLVENDRAND

Notre dette de reconnaissance envers lui ne peut se mesurer.

Sa profonde sollicitude et sa grande bienveillance nous ont été d'un grand secours pour affronter les difficultés de la pratique médicale.

Nous lui en gardons une profonde gratitude.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LORQUIN

Monsieur le Docteur P. NEVEU

Ancien Chef de Clinique et Ancien Assistant de la
Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale
de PARIS.

Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique Départemental de LORQUIN (Moselle).

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance et notre respect.

Monsieur et Madame les Docteurs BARDIS

Qui ont toujours su nous manifester compréhension et sympathie.

A Monsieur le Docteur J.Y. MORIN

Qui nous a fait le grand honneur de son amitié.

Qui nous a inspiré ce travail, et qui par sa générosité, son appui bienveillant et sûr, nous a permis de le mener à bien.

Qu'il accepte ici l'expression de notre reconnaissance.

À tous mes amis d'Internat

Qu'ils soient remerciés ici pour le soutien moral
qu'ils ont su nous apporter.

A Mademoiselle Ch. FEGER pour sa collaboration efficace
et sympathique.

Au Personnel Médical de la Deuxième Division Mixte de
l'Hôpital Psychiatrique de LORQUIN pour son assistance toujours précieuse.

S E R M E N T

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

I N T R O D U C T I O N

Le travail que nous vous présentons, résulte essentiellement d'un besoin que nous avons éprouvé de reconsidérer les divers aspects du traitement des alcooliques chroniques admis, dans des proportions impressionnantes, à l'hôpital psychiatrique de LORQUIN (Service du Dr. MORIN, Division Mixte).

En effet, depuis des années, ce service, comme tant d'autres, est encombré et perturbé par un grand nombre d'éthyliques dont le déconditionnement nécessite, classiquement, deux à trois mois de séjour, voire davantage.

Cette étude a eu pour objet d'essayer de définir une thérapeutique relativement systématisée de l'intoxication des alcooliques qui sont admis quotidiennement soit en Service Libre soit en Placement Volontaire et qui ne ressortiront qu'après un séjour que nous essayons de raccourcir au maximum tout en ayant tenté de pratiquer une cure efficace.

Il n'est pas question de proposer une solution définitive à un problème qui, individualisé par Magnus Huss il y a déjà plus d'un siècle, a suscité, depuis lors, d'innombrables travaux, tient toujours en échec toutes les tentatives d'éradication et cause encore un profond sentiment d'amertume et d'impuissance.

Ce travail, en effet, n'a pour but que de nous amener, à partir d'une expérience propre à un service hospitalier, à discuter l'efficacité et l'intérêt d'un traitement que l'on impose au malade, dans la plupart des cas, sans tenir compte véritablement de sa demande.

En bref, tout au long de cette étude, nous chercherons à montrer que la cure de désintoxication, qui actuellement repose le plus souvent sur une technique mixte de déconditionnement et d'incompatibilité, ne saurait se concevoir, comme l'expriment A. Gorceix et Cl. Laplanche, que dans le cadre d'un sevrage logique et d'une organisation de soutien qui s'avère être, pour nous, psychothérapique et sociale.

Une partie de notre effort a porté à montrer que la mise en place d'une thérapeutique hépato-vitaminique intensive permet d'améliorer l'action psychothérapique de toute l'équipe soignante. Par voie de conséquence, un lien peut s'établir entre le malade et ceux qui l'ont "pris en charge" ce qui autorise un séjour de moindre durée. En effet, les composantes extérieures (familiales, professionnelles) du problème que cause l'hospitalisation sont alors minimisées, et soutenu ensuite par la logistique sociale (assistants sociaux, consultations de dispensaire au titre de la post-cure) le malade ne peut que bénéficier de la brièveté de son "aliénation".

Certes, il ne s'agit pas d'une technique révolutionnaire, mais nous pensons que son application dans notre secteur, suivie d'une diminution sensible des rechutes, n'a pu qu'apporter au malade une aide plus efficace et à l'équipe soignante de meilleures conditions de travail.

P R E S E N T A T I O N d u T R A V A I L

- I. Le Cadre Expérimental
- II. Le Recrutement des Malades Alcooliques Traités dans le Service
- III. Les Bases d'Etude de l'Imprégnation des Alcooliques du Service

I. PRESENTATION DU TRAVAIL

=====

A/ Le cadre expérimental

Il s'agit de l'Hôpital Psychiatrique Départemental de LORQUIN (Moselle), situé dans une région où la population est constituée, pour 1/2 d'ouvriers travaillant dans des conditions pénibles (employés des mines et des usines métallurgiques) et pour 1/3 des paysans, dont les modalités d'activité sont également très astreignantes en raison du climat continental.

La Deuxième Division Mixte de l'Hôpital Psychiatrique de LORQUIN, reçoit le tiers des malades admis par l'ensemble des 3 divisions de l'Hôpital. Le mouvement pour l'année 1969 est de 610 entrées pour 628 sorties.

L'alcoolisme et les psychoses alcooliques représentent environ un cinquième pour les femmes :

16 % en 1969

Et près de la moitié pour les hommes

plus exactement 47,5 %

(statistique 1969 du Ministère des Affaires Sociales).

Or, tous les rapports le font remarquer, le nombre de malades présents dans les différents services est nettement supérieur à la capacité maxima prévue pour les normes hospitalières, puisque pour la seule section Hommes de la 2^e Division Mixte, cette capacité est dépassée de 15,8 % (248 malades présents pour 157 prévus. L'excédent de population est de 25 % pour l'ensemble de l'hôpital (740 présents pour 592). Il est normal que dans de telles conditions, nous ayons envisagé de compenser le manque de place et l'insuffisance de temps d'activité efficace des membres du personnel soignant, en diminuant la durée du séjour des malades dont l'affection ne pose pas un problème aussi aigu que par exemple celui des psychoses graves, sans

pour autant négliger de leur offrir sinon ce qu'ils demandent du moins, ce qu'ils sont en droit d'obtenir : les moyens de ne plus boire.

B/ Le recrutement des malades alcooliques traités

Il est rare, et cette attitude est bien connue, que l'alcoolique reconnaisse son imprégnation, aussi les malades qui viennent d'eux-mêmes à l'H.P. pour y subir une cure de déconditionnement sont-ils peu nombreux. Et ceci, est très compréhensible pour autant qu'une hospitalisation dans un tel établissement présente dans l'esprit des malades un caractère de déchéance, puisque l'on est "chez les fous !".

Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue qu'une hospitalisation, si minime soit elle, entraîne de nombreuses répercussions sur le plan professionnel, surtout pour les hommes, sur le plan familial (les femmes avant tout ayant la charge d'un foyer et des enfants) et sur le plan social. Ce sont des raisons supplémentaires qui restreignent encore le nombre de ceux qui, d'eux-mêmes, viennent "réclamer une cure".

Plus souvent, nous recevons des malades qui nous ont été signalés aux dispensaires d'hygiène sociale par les Assistants Sociaux de secteur et qui au cours de consultations préventives se laissent convaincre de l'utilité d'un traitement tant pour eux-mêmes que pour leur entourage familial et professionnel. Parfois même, il faut le noter, des chefs d'entreprise usent de leur influence sur leurs employés pour les amener à venir nous demander conseil à ces consultations. Ces malades généralement très imprégnés présentent souvent des signes physiques, psychiques et biologiques marqués qui entraînent déjà une baisse du niveau professionnel qui bien souvent suit celle du niveau familial.

D'autres viennent poussés par des circonstances dramatiques, sous la pression de leur femme, qui, à la suite, de la dernière ivresse au cours de laquelle le mari a démolì la maison, mis sa femme et ses enfants à la rue et menacé le voisin s'il le revoyait tourner autour de sa "légitime épouse", menace fermement "cette fois-ci" de divorcer s'il ne se fait pas soigner.

Assez fréquemment, nous recevons dans le service aussi des alcooliques qui nous sont envoyés sous le régime du Placement Volontaire ou du Placement d'Office à la suite d'évènements sérieux (troubles graves du comportement de type dépressif ou de type agressif), lors d'une "ivresse pathologique", ou pour des accidents plus graves encore tels que la bouffée confuse-onirique alcoolique, (hallucinoïse alcoolique de Wernicke), une encéphalopathie de Gayet-Wernicke, le syndrome de Korsakoff et la démence alcoolique qui, malheureusement ne nous laissent que peu d'espoir quant aux chances de récupération.

En résumé, nous pouvons dire que les malades que nous avons eu à traiter étaient tous des éthyliques manifestement imprégnés et présentant les troubles habituels de ce tableau maintenant classique :

Sur le plan physique :

- visage imprégné avec varicosités des pommettes
- tremblement
- sueurs et mains moites
- pituites
- crampes musculaires
- cauchemars

Sur le plan psychiatrique :

- émotivité
- sentiment de culpabilité
- manifestations d'incapacité à résister à l'alcool ou bien négation agressive des excès, avec attitude de "noblesse outragée", devant toute contradiction.

Malgré tout, dès le premier contact, notre attitude se doit de ne pas être celle d'un censeur et nous essayons de ne pas oublier que, comme l'ont décrit MARCOUX F. et Coll. en 1960, C. NACHIN en 1961, plus récemment REYSS-BRION et Coll. et dernièrement C. MUKEBA, ceux qui

boivent ont bien souvent des excuses qui si elles ne leur sont pas extérieures sont trop fréquemment personnelles et surtout d'ordre psychopathologique. Aussi tout au long du séjour du malade dans le service, essayerons-nous de garder le "contact" en lui faisant comprendre le plus amicalement possible les avantages qu'il peut tirer d'une telle hospitalisation.

Sur 150 alcooliques admis dans le service au cours de l'année 1969, 87 ont bénéficié de notre schéma thérapeutique ; et 41 observations, qui nous ont paru plus particulièrement représentatives, seront exposées par la suite.

C/ Etude et Bilan d'Imprégnation des sujets traités

Tout malade alcoolique admis dans le service va être soumis à trois examens : l'un purement clinique, le second biologique, ces deux premières investigations permettent de mesurer l'importance des perturbations et de mettre en évidence, d'une part les possibilités de stabilisation clinique de ce qui sera (si cela n'est déjà fait) une cirrhose, d'autre part de dépister les affections pouvant être éventuellement une contre-indication à une cure rapide, parfois plus traumatisante qu'il ne serait souhaitable dans l'esprit des thérapeutes ; Enfin, le troisième examen est l'entretien psychiatrique pratiqué progressivement par toute l'équipe soignante et permettant de relever les atteintes psychopathologiques soit qu'elles puissent être considérées comme l'alcoolisme, soit qu'elles risquent de compromettre, pour une raison ou pour une autre, l'évolution normale du traitement.

1. LE BILAN CLINIQUE

Est pratiqué dès l'entrée du malade dans le service et porte avant tout sur les signes fonctionnels, soit :

- l'insomnie
- l'onirisme dont les thèmes professionnels sont déjà évocateurs bien avant que n'apparaissent les zoopsies et les cauchemars
- l'anorexie

- les gastralgies et pituites matinales ou plus simplement des signes banaux ayant déjà nécessité un traitement antalgique gastrique pouvant parfois masquer les troubles digestifs

- les vomissements

Ces renseignements divers nous permettent de noter l'existence d'une gastrite, presque constante, chez ces malades.

- Enfin, les douleurs polynévritiques avec crampes musculaires nocturnes, puis permanentes.

Par corrélation, existent des signes physiques. Outre la recherche d'une éventuelle cardiopathie, d'une affection pulmonaire (tuberculose, parasitose ou mycose méconnue) ou d'une atteinte neurologique éventuelle (comitialité dans la plupart des cas ou traumatisme crânien), l'examen s'attarde plus particulièrement sur la sphère digestive et vise à apprécier :

- la maigreur et la dénutrition

- l'existence ou non d'une éventuelle ascite

- l'hépatomégalie qui est estimée en fonction de sa consistance, de son débord, de son homogénéité et de sa flèche.*

L'examen physique cherche ensuite à extérioriser un possible retentissement vasculaire de cette imprégnation en recherchant la circulation collatérale, des hémorroïdes, ainsi que des ecchymoses évocatrices d'une perturbation de la coagulation.

Enfin, un examen neurologique complet permet d'extérioriser soit l'existence de signes simples de l'imprégnation (comme l'hyperréflexivité tendineuse par exemple) soit une plus grande atteinte traduite par une polynévrite des membres inférieurs, ou une névrite optique rétro-bulbaire

A l'issue de ce premier examen, toutes les données sont naturellement consignées dans le dossier et le clinicien qui l'a pratiqué exprime de surcroît son appréciation personnelle sur l'impression que lui a fait le malade, impression fondée sur le contact, la présentation, la propreté, le dialogue, l'orientation et l'existence ou non de troubles mnésiques nets dans l'évocation des souvenirs.

2. LE BILAN BIOLOGIQUE

Il est systématiquement pratiqué dès le matin qui suit l'admission du malade et comprend essentiellement :

a - La numération globulaire avec formule sanguine, à la recherche d'une éventuelle anémie, symptôme biologique classique d'une gastrite éthylique.

b - La sédiométrie qui a pour but de détecter ou d'éliminer une atteinte infectieuse ou inflammatoire concomitante.

c - Les tests hépato-cellulaires, plus particulièrement le Taux de Prothrombine.

d - Les tests mésenchymateux par floculation, soit Test de GROS dont la valeur normale est estimée par le laboratoire de l'Hôpital à 2 ml, l'insuffisance hépatique entraînant une diminution de ce chiffre. Soit le Test de HANGER dont la valeur normale est traduite par les signes - ou $^+$; l'altération de la cellule hépatique est indiquée selon la gravité par le signe +, ++,+++.

e - Les autres examens biologiques tels que l'urée sanguine, la glycémie, les dosages urinaires, ont été également systématiquement pratiqués comme ils le sont pour toutes les admissions.

D'autres examens enfin, tels que la réaction de BORDET-WASSERMANN et l'Ionogramme n'ont été faits que lorsque l'examen clinique laissait soupçonner une syphilis associée ou un déséquilibre électrolytique. *

f - Enfin, chaque malade est soumis dès que possible à un examen radiologique thoracique à titre de contrôle ou de prévention, ainsi que l'exigent une existence communautaire et la plus élémentaire prophylaxie, en raison de la grande fréquence de l'association alcoolisme-tuberculose.

Au cours de l'évaluation ou à l'issue de ce bilan complet à visée somatique aussi minutieux et détaillé que possible, le malade participe à des examens psychologiques et psychiatriques dont le support essentiel réside dans des entretiens répétés où l'anamnèse des troubles, l'étude du curriculum vitae et les conditions existentielles constituent les éléments primordiaux.

Il faut bien noter que, en aucun cas, au cours de l'examen somatique, il n'aura été fait allusion d'une manière répressive à l'alcoolisation du malade. Certes, la question est posée :

"Combien de verres de vin, buvez-vous par jour ?"

ou bien

"Que buvez-vous ?",

ou encore,

"Quelle quantité d'alcool avouez-vous?".

* Nous tenons ici à remercier Mme MORIN G. pour l'aide précieuse qu'elle nous a apportée tout au long de ce travail.

Il n'est pas question d'appréciation ni de jugement de valeur, aussi ces questions sont-elles émises dans un contexte d'interrogations multiples à visée plus cliniques. Ceci a l'avantage de rassurer un malade déjà anxieux, honteux de se trouver "chez les fous" ou parfois agressif ou contestataire, ne comprenant pas ce qu'on lui reproche ni pourquoi il est là puisqu'il "boit comme tout le monde ses deux litres de vin à table, ses cinq ou six demis au travail et enfin l'apéro avec les copains" !!!.

Pour bien montrer combien le côté répressif inconscient du médecin est néfaste pour la bonne marche d'une cure, il suffit de reprendre l'exposé de MORIN et COURTOIS :

("Alcoolisme, maladie sociale"), qui nous a fait voir que :

"se sentant attaqué dans son être personnel par la répression, menacé par la marchandise (l'alcool) qu'il ne peut s'approprier et qui le détruit, acculé au renoncement de ce dernier plaisir partiel, il en vient à adopter un comportement provoquant, proclamant en acte son anxiété et sa requête d'être. On lui intime de rentrer dans le rang : il continue à se soustraire à la contrainte. Littéralement, il fait le fou".

Il n'est pas question pour nous, qui avons à traiter un malade, de lui faire sentir que, aliéné ici plus qu'ailleurs, il est rejeté hors de la société. Celle-ci d'ailleurs, le lui a déjà suffisamment notifié par le jeu des sanctions professionnelles, par la répression morale (interventions de la police, internement), par la répression sociale dans laquelle il faut bien le dire les médecins sont, trop souvent et malgré eux, impliqués.

Ce que nous cherchons lorsque nous prenons en charge un tel malade, c'est tout d'abord le mettre en confiance, ne pas lui donner l'impression d'être des inquisiteurs, ni des ordonnateurs des basses oeuvres, mais au contraire lui faire comprendre qu'il est avant tout malade physiquement (et cela il le sait bien puisqu'il ne parle que de ce sujet, sa fatigue, ses crampes, son insomnie...). Ensuite, nous lui faisons comprendre que son état est loin d'être définitif, mais au contraire essentiellement

curable, à condition qu'il soit abstinent car il faut qu'il soit persuadé que c'est bien son "corps" qui ne supporte pas l'alcool. Cet effort de persuasion est évidemment bien aléatoire au cours des premiers entretiens, mais il présente du moins l'avantage de faire comprendre au malade que quelque'un l'écoute, et attend qu'il formule lui-même la demande fondamentale :

"Qu'on résolve à sa place ses problèmes, médical, familial et professionnel".

Ce n'est que grâce à une telle attitude d'écoute qu'on pourra par la suite aborder une psychothérapie, quelle soit individuelle ou de groupe. Ce n'est aussi qu'à ce moment que la thérapeutique "somatique" de désintoxication (extraits hépatiques et vitamines) doit intervenir pour, en améliorant rapidement "l'état général" du malade, renforcer l'image qu'il s'est faite du médecin en tant "qu'agissant".

L'ACTION THERAPEUTIQUE

I. Historique

II. L'Hépatovitaminothérapie Intensive

III. La Cure de Répulsion

IV. Psychothérapie et Post-Cure

II. PRESENTATION DU SCHEMA THERAPEUTIQUE

=====

A/ Historique

Tous les traités classiques donnent un seul et même schéma thérapeutique de l'alcoolisme au stade de la stéatose hépatique : sevrage absolu, repos, et régime équilibré.

"Le seul traitement sûrement efficace, écrit le Professeur H. PEQUIGNOT, est étiologique. La stéatose alcoolique régresse lorsque cesse l'intoxication et que le malade retrouve une alimentation équilibrée".

Si le repos et le régime semblent ne pas devoir poser de problèmes, il n'en est pas de même quant à l'obtention d'un sevrage absolu, prescription qui, plus que toute autre, demande une participation entière et consciente de la part du malade.

Il n'est pas question de faire ici une étude détaillée de toutes les thérapeutiques, propres à ce problème, chacune d'entre elles ayant déjà suscité de nombreux travaux. Nous nous contenterons de rappeler brièvement les éléments de l'arsenal thérapeutique dont nous disposons face au fléau social que représente l'alcoolisme chronique.

On a, depuis longtemps, cherché à proposer au buveur d'habitude une médication qui l'aide à diminuer progressivement la quantité d'alcool absorbée quotidiennement sans risquer les accidents du sevrage tels que les états de délirium "a potu suspenso". Le premier cas dans cette voie a été réalisé avec l'éthylothérapie intra-veineuse. L'éthylothérapie intra-veineuse dès 1943 fut pratiquée par CARRATALA, en 1944 BUZZO et GUERRA l'employèrent en Argentine. Dès 1949, SCHYDER et GERMAIN du Centre Psychiatrique Cantonal de Wil (Canton St-Gall en Suisse) enseignaient que ce traitement permettait de raccourcir considérablement la durée d'internement des Alcooliques. Par la suite son indication fut plus particulièrement limitée à la prévention des crises de Délirium Trémens, orientation qui fut confirmée lors du XXIVème Congrès International contre l'alcoolisme à Paris en 1952. (Travaux et

et recherches de LECOQ).

Au cours de son histoire, l'éthylothérapie s'est, dans sa forme pratique, peu à peu perfectionnée. D'abord, il y eut l'introduction du Glucose, ceci afin de limiter l'action sclérosante de l'alcool sur les parois veineuses ; et surtout, ce fut l'introduction des extraits hépatiques purifiés, dont l'action est toujours si nette, que certains auteurs recommandent l'hépatothérapie intra-veineuse comme traitement essentiel des stéatoses et des cirrhoses, G. BOITELLE et Cl. BOITELLE-LENTULO, ainsi que DAUSSY et HERVO appliquèrent couramment et avec succès ce traitement pendant de nombreuses années. Ces mêmes auteurs préconisèrent ensuite l'adjonction de vitamines B3 et B4 aux extraits hépatiques purifiés, administrés alors sans alcool comme "un excellent moyen de redonner vigueur aux sujets épuisés".

Plus récemment encore, l'ensemble des vitamines du groupe B fut employé, à la condition que ces vitamines synergiques et complémentaires fussent associées en proportions équilibrées. Le grand avantage de ce cocktail est surtout l'action anti-carentielle et anti-polynévritique (les syndromes de privation étant particulièrement mal supportés par les malades).

Enfin, après la désintoxication hépato-vitaminée, les facteurs de déconditionnement ou d'interdiction commencèrent à faire leur apparition, soit l'Ethyldithiourame (ou Disulfirame), soit avec une action totalement différente, l'Apomorphine. Etudiée d'abord au Danemark par MARTENSEN-LARSEN, la crise disulfiramique a été particulièrement bien décrite par REQUET et REVOL de LYON, en 1950, mais elle présente un caractère punitif sur lequel nous aurons à revenir. ("... l'intensité de la réaction dépend d'une sensibilisation progressive mais aussi de la quantité d'alcool ingéré, ce qui est également très favorable, car il y a là comme une sanction punitive proportionnelle à la faute").

B/ La ligne directrice,

dans notre étude, se résume à traiter efficacement les alcooliques, en raccourcissant au maximum la durée de la cure, et en recherchant à diminuer pour celle-ci son caractère traumatisant. Nous nous efforçons de faire considérer aux malades leur séjour non comme une sanction,

mais comme une hospitalisation médicale banale.

En effet, les cures de longues durées toujours suivies de résultats hypothétiques et le plus souvent de rechutes, présentent, qu'on le veuille ou non, un caractère répressif assimilable à un aspect punitif qu'il est usuel de comparer à un emprisonnement. Par celui-ci, la société est censée se protéger du sujet malfaisant, par le biais de l'Hôpital Psychiatrique, elle se protège, ou essaie de le faire, "du fou", de l'anormal de celui qui, comme un délinquant, n'est pas capable de respecter les normes établies et, par voie de conséquence, le "contrat social". Aussi ce sentiment est-il douloureusement ressenti par "l'interné volontaire" (au sens de la loi de 1838) et même par celui qui est venu en service libre, poussé par des contraintes familiales ou professionnelles éventuelles. Ce sentiment, il faut bien le reconnaître, est réellement le premier obstacle à la bonne marche de la cure. Le malade en effet s'oppose à l'équipe soignante qu'il assimile plus ou moins consciemment à une équipe de "gardiens". Il se replie sur lui-même ou s'associe aux autres buveurs "de son monde" social et même avec d'autres malades jusqu'à faire front véritablement, face aux tentatives d'ouverture et d'établissement de contact, faites par toute l'équipe soignante. C'est pour cette raison que nous pensons qu'il est important d'indiquer, d'emblée, au malade la durée approximative de son séjour compte tenu des éléments divers obtenus en cours de traitement. A la question posée au dispensaire par le buveur qui s'apprête à rejoindre l'Hôpital Psychiatrique "mais pour combien de temps vais-je là-bas ?", la réponse usuelle mais rassurante est déjà : "environ 3 semaines, au maximum", en précisant : "Ensuite, vous poursuivrez votre traitement tout en reprenant le travail".

Ces précisions, qui peuvent apparaître superflues, ou alors insuffisantes pour nombre de praticiens habitués aux consultations surchargées des dispensaires anti-alcooliques, nous paraissent pourtant primordiales et indispensables. En effet, nanti de ces renseignements, le buveur anxieux de ce qui l'attend, qu'il ne connaît pas, mais dont il a tant entendu parler (et toujours en mal !) se détend déjà, uniquement par le fait qu'il a l'impression de ne pas tomber dans les rouages d'une organisation administrative et aveugle mais dans l'environnement humanitaire et rassurant d'êtres, qui lui ressemblent, et qui, même s'ils ne le connaissent pas bien

encore, du moins, cherchent à l'aider et à le comprendre. Cette éternelle question, si banale apparemment " combien de temps, vais-je rester ici ?", que pose le malade à son entrée dans le service, demande toujours une réponse et nous sommes persuadés que si l'on accède à la quête anxieuse ainsi formulée, nous avons déjà fait un grand pas dans l'approche psychologique et psychothérapique de la personnalité du buveur.

Tout d'abord, l'anxiété et l'agressivité qui découlent de la notion de cure sont atténuées et cela facilite l'adaptation du malade à cet univers communautaire, ou même "concentrationnaire", qui va être le sien pendant quelques semaines.

Ensuite, la notion de honte, sentiment pénible et éminemment destructeur sur le plan psychologique bien qu'entretenu artificiellement par les instances sociales, disparaît complètement, apparemment, chez cet homme qui, rejeté par la société, se voit "accueilli" et rétabli dans son statut d'être humain. Certes, il se considère encore peut-être comme malade mais il reste un homme participant à un dialogue et même à une action. En effet, selon les circonstances, et en fonction de l'état physique et psychique du malade, l'éventualité d'une ergothérapie est soulevée. Parfois, le malade exprime le souhait d'une occupation, "qui lui fera passer le temps" ; Parfois la possibilité d'un dérivatif, sous la forme d'une petite activité manuelle, lui est suggérée, et dans la plupart des cas, le sujet accepte cette possibilité qui lui est offerte, de maintien d'une structure socio-professionnelle para-normale. Ce dernier élément, le réhabilitant en quelque sorte à ses yeux, ne peut que le rendre plus accessible à la psychothérapie quelle qu'elle soit, puisque, pourvu de son libre arbitre, il en devient alors l'interlocuteur et l'élément actif indispensable.

Enfin, il faut préciser que dans notre région, la LORRAINE, encore pleine par la force des choses, et à tort ou à raison, d'un esprit germanique fait de discipline, d'organisation et d'ordre, il est encore plus important d'avoir à offrir à la question relative à la durée de la cure, une réponse précise qui renforce dans l'esprit du malade l'image et la notion qu'il peut avoir de son médecin, en tant qu'homme de science responsable de son avenir. Il est rassurant pour l'alcoolique d'avoir la possibilité de se

décharger de ses responsabilités sur "celui qui sait et agit pour son bien" (ou qui est censé de le faire) ; le malade, en face de l'autorité débarrassée de son ombre répressive, devient plus perméable et plus coopérant pour la suite du traitement.

Nous voyons alors que le fait de limiter, avant de l'entreprendre, la durée de l'hospitalisation a une action curative en elle-même, puisque, rassénéré, le malade est amené à bénéficier du traitement, en y participant, alors que, n'agissant qu'avec réticence, il n'aurait pu qu'en souffrir.

C/ La place de l'HEPATOVITAMINOTHERAPIE

Il ne faut pas oublier, comme l'a si bien fait remarquer BALINT que, sans entrer dans des considérations théologiques, pour l'équilibre de l'être humain, le corps et l'esprit sont absolument indissociables. Si longtemps que l'on ait pu penser au corps en ignorant l'influence du psychisme, il ne faudrait pas maintenant tomber dans l'excès contraire en n'envisageant de traiter dans l'alcoolisme chronique que sa composante psychopathologique.

Le buveur qui arrive au Centre Psychiatrique pour se faire désintoxiquer est aussi un être organique miné par l'alcool et par les produits intermédiaires de son métabolisme ; Ceux-ci constituent les facteurs toxiques. Cette dégradation de l'organisme est accentuée par le deuxième rôle de l'alcool, celui de facteur de déséquilibre alimentaire (travaux de LECOQ en 1938 à Saint-Germain en Laye). C'est pour cette raison que, reprenant les travaux de BOITELLE G., DELTEIL PL et LEYRIE J., nous avons essayé de donner au malade en cure une confiance plus grande en celle-ci, confiance qui s'appuie sur l'amélioration rapide de l'état somatique.

En effet, et nous avons déjà insisté sur ce point, pratiquement tous les alcooliques qui arrivent dans notre service présentent un état général particulièrement déficient avec de multiples signes fonctionnels qu'ils mettent en avant, en quelque sorte, comme une justification de leur hospitalisation. Pour cette raison, nous avons jugé souhaitable d'utiliser

l'amélioration de l'état général comme support "organique" de la cure de déconditionnement et de l'abord psychothérapique.

Ce plan de travail ne pouvait être qu'étayé par les travaux de LANACHE A., RICHIER J.L. et DANZIGAL A., qui ont constaté que l'hépatothérapie intraveineuse apportait un triple bénéfice thérapeutique portant :

- sur l'amélioration rapide de l'état général, à savoir la reprise de poids et la disparition de l'anorexie.

- sur l'amélioration biologique des tests d'atteinte mésenchymateuse hépatique.

- sur l'amélioration de l'infiltration inflammatoire et des lésions dégénératives, en particulier de la stéatose mise en évidence par l'étude histopathologique de fragments hépatiques prélevés par ponction.

Si sur le plan pratique, nous n'avons pu confirmer le dernier point de cette étude, nous avons pu par contre, constater avec satisfaction la réalité des deux premiers. Nous devons ajouter que ce traitement par hépatothérapie intensive est renforcée, pendant le séjour dans le service par une vitaminothérapie massive (vitamines du groupe B). Cette dernière a un rôle fondamental puisque non seulement elle potentialise l'action de l'hépatothérapie, mais encore elle contribue à neutraliser le syndrome carentiel dû à la gastrite et à faire disparaître les douleurs polynévritiques.

Le traitement est mis en oeuvre, dès l'arrivée du malade, après les prélèvements nécessaires à l'établissement du bilan biologique. Le schéma thérapeutique est le suivant :

Deux fois par jour, le malade reçoit une injection intramusculaire d'un mélange constitué d'une ampoule de 2 ml d'extrait de foie concentré (*) renfermant 40 microgrammes de cyanocobalamine native, et une

(*) Nous avons utilisé le FICARMONE 120, Extrait Hépatique Purifié distribué par les Laboratoires de l'ENDOPANCRINE.

ampoule de 5 ml contenant :

- 30 mg de Thiamine
- 30 mg de Riboflavine
- 200 mg de Nicotinamide
- 335 mg d'Adénine et
- 200 mg d'Acide Pantothénique.

Ces injections sont pratiquées pendant dix jours, au terme desquels un examen clinique et un bilan biologique sont de nouveau pratiqués afin de juger de l'évolution des perturbations initiales.

Donc pendant 21 jours environ, qu'il soit en phase de détoxication ou déjà en phase de déconditionnement, le malade reçoit régulièrement deux injections intra-musculaires par jour d'extrait de foie et de vitamines du groupe B. L'étude des avantages qu'il a pu retirer de cette thérapeutique intensive a mis en évidence les cinq points suivants :

1. Tout d'abord une importante amélioration de son état général (ce qui est également évident du point de vue objectif). Tous les buveurs admis ayant un état physique altéré, l'action favorable de ce traitement a été nettement sensible dans 75 % des cas. Il faut noter en passant que lorsque l'intoxication et la dégradation somatique étaient particulièrement marquées, nous avons pratiqué le même traitement par injections intra-veineuses biquotidiennes pendant 3 à 4 jours dans des perfusions de solutés isotoniques glucosés ou salés, avant de prendre le relai avec la voie intra-musculaire habituelle. Dans aucun des cas où nous avons dû employer la voie intra-veineuse, nous n'avons remarqué d'intolérances locales ou générales.

2. Une stimulation de l'appétit a été retrouvée chez presque tous les buveurs anorexiques auxquels nous avons appliqué ce traitement (33 résultats très favorables sur 42 malades traités). Cette stimulation de l'appétit a joué évidemment un rôle prépondérant sur le troisième point retenu, à savoir

3. Une importante reprise pondérale, chez les sujets particulièrement dénutris. Dans plus de la moitié des cas l'augmentation de poids a dépassé 1 kg en 10 jours. Trois de nos malades (2 hommes et 1 femme) ont

grossi de plus de 2 kg en 10 jours grâce au traitement, à l'alimentation particulièrement bien équilibrée et au repos nécessité par un état physique pré-cachectique.

4. Une action anti-asthénique a été retrouvée dans près de 60 % de nos observations. Cet état d'asthénie concomitant de l'atteinte de l'état général, de la dénutrition et de l'anorexie avait bien souvent entraîné aussi une atteinte psychique de type dépressif qui a pu être ainsi heureusement améliorée. En effet, certains de nos buveurs, soit psychotiques (cas n° 27), soit présentant un état dépressif grave réactionnel à une atteinte organique (cas n° 5, cardiopathie alcoolique vraie en voie de décompensation), soit présentant des troubles psychiatriques importants (cas n° 29, 30 et 32, entrés en état de Pré-Délirium) ont largement bénéficié de ce schéma thérapeutique, qui s'est montré, en outre, compatible avec le traitement neuro-psychiatrique associé.

5. L'amélioration biologique va de pair avec les transformations cliniques et elle est confirmée par les contrôles effectués au laboratoire. Nous retiendrons surtout la normalisation du taux de Prothrombine, remontant de 60 ou 70 % à plus de 90 % chez 32 de nos malades sur 42, soit 76 % des cas. Ce résultat nous a permis de pratiquer l'implantation sous-cutanée de comprimés de Disulfirame sans avoir à imprégner préventivement le malade par les flavonoïdes ou par la vitamine K. Nous notons parallèlement sur le bilan global du traitement pris dans son ensemble, une normalisation ou une amélioration très sensible des résultats des tests de GROS et HANGER. Il est important toutefois de faire remarquer que dix de nos malades sur les 42 cas analysés ont manifesté, lors du bilan biologique de contrôle du 10ème jour, une aggravation des résultats des tests utilisés, comme si le traitement avait permis de révéler que l'atteinte réelle du mésenchyme (test de GROS) était encore plus importante que nous ne l'avions initialement soupçonné, quoiqu'il en soit, la poursuite du traitement, sans aucune modification particulière, a été suffisante pour que ces constantes fussent normalisées ou améliorées à l'issue du séjour (cas n° 23).

POURSUITE DE LA CURE

Dès le onzième jour, après cette phase de reconstitution, le malade commence "la cure" proprement dite, à savoir qu'il prend chaque matin à jeun un comprimé de Disulfirame (ou T.T.D. B3 B4), tout en continuant à recevoir ses deux injections hépatovitaminiques quotidiennes.

Après 3 jours d'imprégnation par le Disulfirame, débute la série d'épreuves de répulsion, bien décrite par le Professeur KAMMERER de STRASBOURG. Une heure après la prise du comprimé de T.T.D., on invite le malade à boire un ou deux verres de sa boisson habituelle, le plus souvent de la bière. La crise disulfiramique également étudiée par REQUET et REVOL, se produit selon les sujets dix à quinze minutes après l'ingestion d'alcool, mais loin d'être "impressionnante" et répressive, elle est surtout utilisée à des fins psychothérapiques par les infirmiers ou les infirmières qui surveillent le déroulement de ces épreuves. Pour des raisons de sécurité, d'abord, le personnel soignant est présent en nombre suffisant et il est particulièrement attentif à prévenir tous les incidents susceptibles de se manifester. Ensuite, les malades effectuant les réactions étant tous réunis, (selon le collectif de cure de TUSQUES et COLL.), dans une même pièce, il est remarquable de noter la disparition de la peur, si fréquente par contre lorsque le sujet est traité seul.

Dans notre service, les buveurs ne sont pas soumis à une ségrégation arbitraire, mais au contraire unis dans un même effort. Ils ont alors davantage tendance à se soutenir, à se reconforter mutuellement au cours de cette "épreuve". Les infirmiers, de leur côté, par leur attention, leur dévouement et leur compréhension, donnent à la "cérémonie" (comme disent certains malades) un caractère sérieux, solennel, rituel, et apportent un réconfort appréciable, sinon une justification médicale à cette thérapeutique.

L'épreuve du dégoût a donc lieu chaque jour dans les premières heures de la matinée. Elle ne sera jamais renouvelée le jour même. Le nombre d'épreuves n'est pas défini a priori, mais conditionné par l'intensité des réactions de chaque sujet. Il est cependant de règle (et à notre avis, cette recherche est indispensable), de laisser le malade sur une

impression particulièrement désagréable lors de sa dernière épreuve.

Nous pensons qu'il ne faut pas courir le risque d'une épreuve ultérieure n'entraînant que peu de réactions ou de malaises, car dans ce cas tout le déconditionnement serait à refaire. Le buveur n'aurait de cesse d'avoir bu pour bien montrer aux autres pensionnaires "aux copains", mais aussi et surtout, à ceux qui le soignent, que "le traitement, l'internement ne sont que de la frime" ! et que, lui, "il est plus malin que les autres !!". Nous sommes particulièrement attentifs à cette notion, car s'il existe au sein du collectif de cure un seul buveur qui prenne l'épreuve pour une vulgaire joute l'opposant à l'équipe soignante, il devient le "loup dans la bergerie".

Par ailleurs, certains malades présentent (et **présenteront** toujours) d'excellentes réactions au cours de la crise disulfiramique. Nous pensons qu'il serait préjudiciable pour une psychothérapie en cours, de traumatiser ces malades, en leur infligeant chaque jour un traitement dans lequel il est quelquefois difficile de ne pas voir, avec l'excès, un aspect punitif.

Enfin, au quinzième jour de son hospitalisation, nous proposons à notre malade en période d'épreuves, de lui faire une implantation de 10 comprimés de Disulfirame sous la peau de l'abdomen. Nous essayons d'expliquer, au cours des réunions d'alcooliques du service, que ce produit réalise une imprégnation constante, continue et irréversible de l'organisme pendant plusieurs mois, que dans ces conditions, il ne peut être question de leur imposer un tel traitement, mais qu'ils sont seuls juges pour décider jusqu'à quelles limites, ils porteront leur effort et leurs espoirs dans l'avenir.

Le problème de l'implant est particulier, car s'il est généralement bien accepté par l'homme, au point que certains reviennent d'eux-mêmes, périodiquement, "se faire refaire un implant", il est plus fréquemment considéré par la femme comme une atteinte à son intégrité esthétique et un obstacle à ses ultérieures possibilités d'épanouissement.

Les cas féminins n° 39 et 40 de nos observations sont des

exceptions, puisque l'une et l'autre de ces femmes sont venues récemment réclamer d'elles-mêmes, un nouvel implant, indispensable sans doute pour le cas 40, sans raisons motivées explicitement pour le cas 39.

problèmes du buveur qui nous fait trop souvent défaut, du moins sommes-nous (dans le cadre de notre activité mosellane) amenés à étudier "sur le terrain" l'environnement socio-professionnel de ceux que nous prenons en charge. Cette étude, dans laquelle les assistantes sociales nous sont d'un très grand secours, nous permet souvent de prendre des contacts à l'échelon médical ou patronal de l'entreprise, et parfois de pouvoir élaborer un plan coordonné de réintégration sociale du buveur. Le meilleur exemple local que nous ayons de cette harmonisation des rapports est le contact constant établi entre les médecins de la S.N.C.F. et ceux de l'hôpital, lorsqu'un de leurs "agents" doit venir se faire traiter dans notre établissement. Un autre exemple, montrant l'efficacité d'une telle action coordonnée, sert de conclusion à l'observation n° 40 : l'entreprise ayant accédé à notre demande de reloger la famille d'un de leurs ouvriers dans des conditions plus décentes et plus favorables à l'épanouissement de la mère de famille (alcoolique chronique qui avait été traitée dans le service) nous avons vu en quelques mois une situation particulièrement dégradée, voire catastrophique, se transformer, pour rejoindre les normes du "contrat social".

Il n'est pas question ici de revenir sur les "deux moments privilégiés dont le thérapeute doit se saisir pour agir avec le maximum d'efficacité sur son malade".

Le premier, le moment de l'entrée du buveur dans le service a été précédemment étudié. L'accueil du malade est un élément essentiel dont toute la cure dépend.

Le second, le moment de la crise disulfiramique est plus particulièrement détaillé dans le chapitre "poursuite de la cure".

Notre définition de l'alcoolisme rejoint celle de MURCIA-VALCARCEL ; Pour cet auteur, en effet, "le malade est un névrotique à dépendance alcoolique", avec :

son "comportement ou conduite" (névrose)
et sa "Coutume ou Désir" (habitude).

soit le Binôme :

" COMPORTEMENT - COUTUME "

Par conséquent, il peut paraître illusoire de chercher à dissocier dans la thérapeutique les deux constituants de cet ensemble "comportement - coutume". Pourtant, comme l'écrivait "DUCHENE", il "ne peut pas y avoir de psychothérapie tant qu'il n'y a pas abstinence". Aussi, sommes-nous plutôt enclins à rejoindre la thèse de NACHIN, et à ne faire au cours de l'hospitalisation qu'une psychothérapie dite de soutien, réservant plus spécialement pour la post-cure, l'analyse en profondeur du caractère et du comportement névrotique dans le contexte socio-familial traditionnel.

Sur le plan pratique, la psychothérapie à l'hôpital consiste donc surtout à encourager le malade, à rechercher les causes de sa "coutume", et à lui démontrer que cette habitude dont il supporte les conséquences, en fait, en tant que "malade" dans sa vie familiale et socio-professionnelle, ne se justifie pas par la conduite des autres :

"Je bois comme tout le monde"

Tel est l'adage habituellement formulé.

Le premier but à atteindre est donc de montrer au malade que son habitude n'est qu'une imitation de ce que font les autres et que, dans ce mimétisme, aucun élément de sa personnalité n'intervient d'une manière constructive, alors que, au contraire, s'il parvient à choisir entre "boire ou ne pas boire", le fait d'être abstinent ne pourra en définitive que le valoriser. Ce désir de valorisation, que le buveur recherche plus ou moins consciemment, doit, bien entendu, être soutenu en permanence. Pour cette raison, pendant toute la cure, et surtout pendant les épreuves au Disulfirame, l'alcoolique en traitement, toujours sous couvert d'une hépatovitaminothérapie intensive, est occupé aux ateliers d'ergothérapie. Là il peut prendre réellement conscience que le vin n'est pas "nécessaire pour travailler". De plus, une épreuve pratiquée au tout début de la matinée

n'amputant en aucune façon les horaires des équipes de travailleurs, nous voyons rapidement le malade en cure cacher, à ses compagnons de travail, qu'il a fait une réaction le même jour. Nous en concluons que lorsqu'il est rétabli sur le plan physique et qu'il se sent dirigé par une psychothérapie de soutien, surtout bienveillante et compréhensive, le buveur peut de lui-même chercher à se réhabiliter à ses propres yeux et à ceux d'autrui, c'est-à-dire, les camarades d'atelier, l'équipe infirmière soignante, les médecins. Les épreuves au Disulfirame ne viennent qu'étayer les visées de la psychothérapie, c'est-à-dire démontrer au sujet que l'alcool ne peut que le détruire (les réactions, bien décrites par REQUET et REVOL, et parfois même l'apparition du réflexe nauséeux à la seule vue d'une boisson alcoolisée jouent alors un rôle déterminant).

L'ergothérapie est et doit être un traitement aussi bien codifié que toute prescription médicamenteuse ou toute psychothérapie. Si l'on peut en retirer le meilleur résultat, il est possible aussi, lorsqu'elle n'est pas bien adaptée aux caractéristiques constitutionnelles du malade, qu'elle aboutisse à un échec définitif.

Il est très difficile pour diverses raisons matérielles, d'instituer dans un établissement psychiatrique des centres de formation professionnelle (bien que ces réalisations existent dans quelques hôpitaux). Nous cherchons seulement, à LORQUIN, à replacer le buveur en traitement dans son cadre social originel et par là même à commencer un essai de réadaptation à ce milieu, sans l'aide de l'alcool.

La diversité des ateliers est indispensable au recyclage adapté de chaque malade. Il n'est pas possible, dans l'esprit du traitement, de faire affronter au malade des problèmes qu'il ne pourrait pas surmonter. L'ergothérapie, comme activité valorisante, donne de bons résultats si l'intéressé a les moyens de s'y distinguer. Comment pourrait-il mieux briller autrement qu'en pratiquant ce métier dont il était si fier autrefois, avant ... ? (cf - P. BAILLY - SALIN - "L'alcoolisme de l'O.P. 3"

Grâce au traitement, il se sent en parfaite condition physique et soutenu par la psychothérapie, il veut "être un homme devant le travail et montrer ce qu'il peut faire".

S'il est affecté à un atelier dont il ne connaît ni les machines ni les techniques, il n'en retirera qu'un cuisant sentiment d'incapacité, voire l'impression d'avoir "été dupé par le médecin, son traitement et ses belles paroles" ! Tout sera alors à refaire. Au contraire, s'il est placé devant l'établi, la dégauchisseuse, ou le tour qui lui avaient été retirés parce qu'il tremblait trop, c'est alors un désir de lutte qui va l'animer et l'aider à sortir triomphant du conflit "Boire ou ne pas boire". Enfin, c'est pendant le travail, dans l'atmosphère de l'atelier qu'il connaît bien, que le buveur est le plus réceptif à tous les conseils, à tous les encouragements, (à toutes les propositions tentatrices aussi). C'est là que les infirmiers jouent un rôle prépondérant. Infirmiers, le plus souvent, mais aussi ouvriers, jardiniers ou mécaniciens, les membres du personnel parviennent à établir avec le malade un contact qu'aucun médecin ne peut vraiment espérer obtenir. Ils recueillent ainsi des confidences qui soulagent l'alcoolique et ils peuvent alors conseiller et aider ce dernier, sinon à résoudre ses problèmes, du moins à venir les exposer sans crainte, sans honte, sans réticence, au cours de l'entretien psychothérapique. Enfin, ils peuvent aussi montrer que l'esprit de bon compagnonnage à d'autres sources que la stimulation alcoolique.

S'il n'est pas toujours possible de réunir à l'Hôpital Psychiatrique les différents corps de métier dont sont issus nos malades, du moins un effort est-il fait pour qu'ils trouvent les principales grandes sections professionnelles, avec le matériel qu'impliquent les techniques actuelles. Ils peuvent alors être dirigés vers différentes équipes d'ergothérapie : Construction et Bâtiment où, de la fabrication de parpaings, ils vont jusqu'à la réparation de locaux existants ; Mécanique et Serrurerie, ateliers dont l'activité va de l'entretien du matériel roulant des autres ateliers à la fabrication de pièces de moteur. Menuiserie, Ferme, Horticulture et emplois de bureaux, enfin autant d'activités où chaque malade a la possibilité de reprendre confiance en lui-même.

POST-CURE et PSYCHOTHERAPIE

La question de la post-cure a déjà soulevé de nombreuses questions et appelé plus de réponses encore. Comme tous les auteurs, nous sommes persuadés que sa durée ne peut pas être déterminée au départ dès la sortie du malade (surtout s'il s'agit d'une première hospitalisation).

Par contre, l'expérience que nous avons des Centres de post-cure régionaux, bien organisés, cependant, dans lequel le buveur est "maintenu" pendant un à trois mois, nous amène à penser que l'indication d'un tel séjour doit être portée avec la plus grande circonspection. La prolongation d'une "aliénation" d'une "mise hors-circuit", nous apparaît en effet, comme un élément le plus souvent défavorisant d'une bonne réintégration dans le milieu familial et socio-professionnel.

Pour cette raison, nous préférons la post-cure effectuée sous forme de consultations aux Dispensaires d'Hygiène Sociale où est convoqué le malade, compte tenu du fait que les services sociaux (spécialement compétents en Moselle) aideront et surveilleront discrètement ce dernier. L'astreinte d'une consultation épisodique est mieux supportée que celle d'un nouveau séjour prolongé. Bien sûr, pendant les premiers temps, le malade dit "convalescent" sera vu plus fréquemment et il bénéficiera d'entretiens prolongés au cours desquels la psychothérapie de soutien continuera à être notre principal mode d'action (avec le renouvellement de l'Espéral !). Puis les convocations seront de plus en plus espacées, dès que le malade, toujours abstinant, aura cessé de penser que sa "cure" était seulement "ne pas boire".

Avec E. MURCIA-VALCARCEL, nous croyons que le buveur accepte alors la continuation du traitement psychothérapique parce qu'il éprouve le besoin d'être soigné. C'est, dès ce moment, un névrotique qui ne boit plus et qui vient seulement demander l'aide du psychothérapeute qu'il considère d'ailleurs plus, alors, comme un "ami", en qui il a confiance, que comme un praticien qui se contente de délivrer une ordonnance. Il est évident que durant cette période la psychothérapie de soutien est nécessaire pour consolider les avantages acquis, mais qu'il est bien sûr préférable, si l'on en a les connaissances ou les capacités matérielles de pratiquer une psychothérapie en profondeur du deuxième élément du binôme de la névrose à

dépendance alcoolique : "le comportement".

Ce schéma, adapté, semble-t-il, pour les névroses graves avec appoint alcoolique, nous paraît cependant trop élaboré et inutile pour la majorité des anciens buveurs que nous suivons. Ceux-ci, nous semblent être avant tout des malades dont la personnalité, plus "structurée" que celle des névrotiques, a été détériorée et perturbée, en des diverses circonstances, par des situations conflictuelles.

Pour nos malades, la **poursuite** d'une psychothérapie de soutien et l'aide constante des services sociaux semblent suffisantes pour consolider les résultats obtenus à condition que le milieu familial ou social ne s'oppose pas, plus ou moins consciemment, à la guérison du malade.

En effet, par "opposition du milieu", nous entendons l'attitude négative du conjoint, qui, s'est "installé" dans l'alcoolisme de l'autre. La guérison du malade alcoolique, si elle est aidée, au début, par l'attitude bienveillante de l'épouse, se trouve parfois vite limitée par le déséquilibre qui se manifeste chez cette dernière, lorsqu'elle se considère comme dépossédée d'une tutelle qu'elle n'a plus à exercer.

Pour cette raison, il est fréquent que nous soyons amenés à convoquer ensemble l'ancien buveur et le conjoint, aux seules fins de les faire bénéficier, sinon, d'une "psychothérapie du couple", du moins de conseils banaux indispensables. Ces derniers ont pour but de faire comprendre au proche qu'il "doit apprendre à vivre SANS alcool du malade".

Enfin, ces consultations de post-cure, poursuivies pendant plusieurs années, avec le même médecin et la même assistante sociale que ceux qui ont participé à la cure hospitalière, nécessitent par ricochet que ces derniers suivent aussi toujours les mêmes malades.

A cette seule condition pourront être entièrement remplies les exigences du "contrat de prise en charge" que demande le malade lors du premier entretien et auquel s'engage l'équipe soignante dès qu'elle commence à le "désintoxiquer".

P R E S E N T A T I O N

des

O B S E R V A T I O N S

I. Ensemble des Observations

II. Etude Détaillée de Quelques Cas Particulièrement Démonstratifs

Pour illustrer ce travail, nous nous proposons maintenant de présenter le résultat de nos diverses observations. Ce chapitre est divisé en deux parties.

Tout d'abord, la présentation d'un tableau synoptique permettant de voir l'ensemble de nos 42 observations d'alcooliques traités par l'hépatovitaminothérapie intensive. De cette manière, il est possible de juger rapidement de l'efficacité de ce traitement, en fonction de l'atteinte initiale, sur la durée de l'internement, sur l'amélioration clinique et enfin sur le bilan biologique.

Ensuite, nous présentons quelques observations plus détaillées de notre étude afin d'exposer notre démarche thérapeutique et mettre en évidence quelques problèmes particuliers qu'elle nous a permis de résoudre sur les plans clinique, psychologique ou social.

N°	NOM	DUREE D'INTER- NEMENT	S.P.	S.F.	EVOLUTION au 21e j	GROS AVANT 10j	APRES 10j	HANGER AVANT 10j	APRES 10j	T.P. AVANT 10j	APRES 10j
1	IIS... 64 ans Alcoolique chronique	1 mois	Amalgissement Hépatomégalie 3 TD Flèche 14 cm	Anorexie totale	Reprise de 1,5 kg Appétit Implanté	1,40	1,75	-	-	84 %	100
2	EM... 44 ans Alcoolique chronique	33 jours	Préclilium + syndrome confuso- onirique Amalgissement Hépatomégalie 3 TD Flèche 17 cm Hypertension PORTILE	Anorexie Gastralgies Polynévrite M. inférieur	Nette amé- lioration somatique et psychi- que. Im- plants N.P.S. Prise de poids 2 kg.	1,57	1,22 1,19	-	+	35	100
3	SCHM... 30 ans Alcoolique chronique	10 jours A refusé les implants	Amalgissement de 5 kg Hépatomégalie 2 TD Flèche 16 cm	Anorexie Vomissements le matin	Améliora- tion so- matische Urée nor- malisée Prise de poids 2,3 kg	1,30	1,31	-	-	94	94

N°	NOM	DUREE D'INITIATION	S.I.	S.F.	EVOLUTION au 21e j	GROS AVANT 10j	HANGER AVANT 10j	T.P. AVANT 10j	T.P. APRES 10j
4	MOU... 40 ans Alcoolique chronique + R.	24 jours	Maigrissement Hépatomégalie 2 cm Flèche 18 cm	Anorexie Douffée confuso- onirique	Dispari- tion du Reprise de l'appétit Prise de poids 2,4 kg Implanté	1,47 1,74	+	86	95
5	SIE... 76 ans Alcoolique chronique	28 jours	Dénutrition Maigrissement Cardiopathie al- ccolique	Anorexie Gastralgies Vomissements Ni cure, ni im- plants, ni psy- chothérapie.	Reprise de poids et appétit Améliora- tion de l'insuffi- sance car- diaque 2,3 kg	1,47 1,50	++	95	96
6	KNI... 70 ans Alcoolique chronique	3 semaines	Maigrissement Hépatomégalie 1 TL Flèche 16 cm	Anorexie Polynévrite des M.I.	Reprise du poids. Appétit + 1,8 kg	1,20 1,54	+	100	83

NOM	DURÉE D'INTER- NEMENT	S.P.	S.F.	EVOLUTION au 21e j.	GROS AVANT 10j	HENGER AVANT 10j	T. P. AVANT 10j	T. P. APRES 10j
DUT... 38 ans Alcoolique chronique	22 jours	Amalgissement Hépatomégalie 2 TD Flèche 17 cm	Pré-délirium Trémens Troubles di- gestifs	Reprise du poids 2,1 kg Implanté	1,30 1,41	- -	92	100
SCH... 37 ans Alcoolique chronique	15 jours	(bèze non compen- sé. Hépatomégalie 2 TD	Tremblements Anorexie Pituites	S.F. en diminution Implanté	2 2	- -	80	80
LOU... 40 ans Alcoolique chronique et ivresses py- chomotrices	21 jours	Hépatomégalie 2 TD Flèche 16,5 cm	Pituites Insomnie	Amélioré pour les signes digestifs Implanté	1,34 1,70	+ -	97	93
KIE... 32 ans Alcoolisme chronique	27 jours	Amalgissement Hépatomégalie discrète Flèche 15 cm	Anorexie Gastrite	Amélioré Implanté Prise de poids 0,9 kg	2 2,05	- -	91	94

°	NOM	DUREE D'INTER- VALLENT	S.P.	S.F.	EVOLUTION au 21e j.	GROS		HANGER		T.P.	
						AVANT 10j	APRES 10j	AVANT 10j	APRES 10j	AVANT 10j	APRES 10j
11	PAI... 68 ans Alcoolisme chronique + affaiblisse- ment intel- lectuel	33 jours	Amalgissement Hépatomégalie 2 TD Flèche 18 cm	Asthénie Gastralgies Vomissements	Amélioré et meil- leur con- tact Prise de poids 1,2 kg	1,66	1,80	+	-	75	95
12	GIR... 40 ans Alcoolique chronique + R.	13 jours	Amalgissement Hépatomégalie 3 TD	Rechutes +++ Anorexie Asthénie Crampes	Améliora- tion ra- pide des S.F.	1,61	1,23	-	±	100	94
13	AB... 52 ans	24 jours	Amalgissement Hépatomégalie 2 TD Tremblements +	Asthénie Anorexie Insomnie	Prise de poids de 2 kg. amé- lioration des S.F. Implanté	1,52	1,75	+	±	92	94
14	BOO... 62 ans Alcoolique chronique		Amalgissement +++	Anorexie totale Gastrite	Dispari- tion des S.F. Prise de poids 3 kg	1,25	1,25	±	+	95	100

NOM	DUREE D'INTER- NEMENT	S.F.	C.F.	EVOLUTION au 21e j.	GROS AVANT 10j	GROS APRES 10j	HAAGER AVANT 10j	HAAGER APRES 10j	T.P. AVANT	T.P. APRES 10j
15 WIA... 32 ans	37 jours	Amalgissement	Asthénie Anorexie	S.F. améliorée. Prise de poids 1,5 kg	1,43	1,34	±	-	86	95 100
16 VER... 49 ans Alcoolique chronique + Débilité	2 mois	Miscr physiolo- gique. Cirrhose ascitique. Hépa- tomégalie 4 TD Flèche 21 cm	Asthénie Anorexie Pituites Polynévrine H.I. ++	Améliora- tion des S.F. et de l'E.G. Non implanté	1,37 1,49	1,41	+	-	35	75
17 HUN... 27 ans Alcoolique chronique	15 jours	Démnutrition	Anorexie Gastrite Insomnie	Remnutrition Disparition des S.F. Implanté	1,45	1,93	±	-	88	100
18 ALT... 34 ans Ethylisme + syndrome dépressif	3 semaines	Amalgissement	Gastralgies Anorexie Apragmatisme	Améliora- psychosoma- tique Prise de poids 1,9kg Implanté	1,33	1,44	+	±	100	100

	NOM	DUREE L'INTER- NEMENT	S.P.	S.F.	EVOLUTION au 21e j.	GROS AVANT 10j	GROS APRES 10j	HANCER AVANT 10j	HANCER APRES 10j	T.P. AVANT 10j	T.P. APRES 10j
19	MIC... 38 ans Ethylisme chronique	35 jours	Imaigrissement de 4 kg	Anorexie	Reprise du poids Cure avec suc- cès. Pas de Mod. Gast. Implanté	1,37	1,41	-	-	92	89
20	MOU... 51 ans Ethylisme chronique	27 jours	Dénutrition	Insomnie Anorexie Episode Confuso- nirique	Reprise du poids et appétit Succès de la cure + Implanté	1,83	1,49	-	-	58	88
21	TAI... 35 ans Alcoolique chronique + R.	27 jours	Imaigrissement de 8 kg	Gastrite + Pituites Anorexie Insomnie	Améliora- tion. Re- prise de poids 2,5 kg Disparition des S.F. Implanté	1,42	1,54	-	-	69	92

°	NOM	DUREE D'INTER- NEMENT	S.P.	S.F.	EVOLUTION au 21e j.	GRCS		HANGER		T.P.	
						AVANT	APRES 10j	AVANT	APRES 10j	AVANT	APRES 10j
22	SUL... 39 ans Alcoolique chronique	21 jours	Amalgissement Hépatomégalie 3 TD Flèche 19 cm	Asthénie Anorexie Insomnie Polynévrte des M.I.	Améliora- tion des S.F. Re- prise de poids. Pau de réac- tions à la cure Implanté	1,56	2	±	-	62	84
23	LAL... 40 ans Alcoolique chronique	21 jours	Amalgissement Hépatomégalie 3 TD	Anorexie Gastrite	Améliora- tion Prise de poids 2,1 kg Implanté	1,70	1,83 au 21e jour	-	±	96	56 au 21e jour 95
24	TER... 66 ans Ethyliste chronique Pré-démence	1 mois sans amélio- ration psy- chique possi- ble. Dirigé sur l'Hospice	Dénutrition Hépatomégalie 2 TD	Anorexie Insomnie Pituite	Reprise du poids et de l'appé- tit. Gain 1,7 kg Non implan- té	1,26	1,80	-	±	96	96

	INTERVENIENT	ANALYSE	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT	EVOLUTION	REMARQUES
25	COL... 36 ans Ethylisme chronique à la bière	21 jours	amaigrissement foie sans dé- bord	anorexie Gastrite	Rapidement amélioré Reprise de poids de 1,5 kg Implanté	10j 80 -
26	DER... 41 ans Ethylisme chronique	27 jours	Hépatomégalie , TD Ilèche à 20 cm signes de cir- rhose hypertro- phique au bord de la dé- compensation	Anorexie Polynévrite Pituite Insomnie	Sédation des dou- leurs ner- veuses. Reprise de l'appétit Cure + Ergo. et implants.	10j 100 -
27	KLO... 47 ans Ethylisme chronique au vin 2 l/j.	15 jours Terrain schi- zofrénique	amaigrissement	Inappétence Gastralgies Insomnie	Améliora- tion phy- sique per- mettant un meilleur abord psy- chothéra- peutique et chimio- thérapique du syndrome dissociatif. Non implanté	10j 80 -

31	MAY... 72 ans Ethylisme chronique au schnapps	Maintenu	Dégradé amaigri Décompensation oedémato-ascitique de sa cirrhose hypertrophique	Amélioration des signes secondaires avec association d'un traitement spécifique	1,30 1,39 ++ +	10J	10J	10J
32	STE... Alcoolisme chronique au vin + de 3 l/j.	1 mois et demi	Dégradation somatique importante Fm-D.F.	Amélioration somato- to-psychi- que. Implanté	1,28 1,77 ++ +	10J	10J	82
33	Mme BOR... 77 ans Alcoolique chronique au vin	1 mois	Amalgrissement Polynévrite des M.I.	Anorexie Insomnie Asthénie	1,39 1,88 - -	10J	10J	95

	DATE	NECESSIT		au 21e j.	AVANT 10j	APRES 10j	AVANT 10j	APRES 10j	
34	Mme LEE... 34 ans Alcoolisme chronique au vin	38 jours	amaigrissement +++ (43 kg) Hépatomégalie Polynévrite des M.I. (irrhose hyper- trophique	Anorexie Gastralgies Onirisme	Mette amélior- ation des S.F. Reprise du poids.	1,34 1,34	± ±	± ±	92 100
35	Mme FIR... 46 ans Alcoolisme chronique Vin + bière	21 jours	amaigrissement Tremblements	Anorexie Pituite	Reprise du poids et appétit. Diminution des S.F.	1,53 1,23	± +	± +	96 100
36	Mme SIF... 49 ans Alcoolisme chronique sur fond maniaco- dépressif	20 jours	amaigrissement Hépatomégalie ? TD Etat dépressif +++ et tentatives d'autolyse	Anorexie Apragmatisme	Améliora- tion du poids et appétit et du psychisme	1,20 1,70 23.02.1970	+++ +	+	91 100
37	Mme EM... Alcoolisme au vin	20 jours + cure avec succès	Dénutrition Polynévrite	Gastralgies Pituite Anorexie	Reprise du poids et appétit Améliora- tion fonc- tionnelle	1,55 1,22	± +	± +	86 100

N°	NOM	DURÉE D'INTER- VENIENT	S.P.	S.F.	EVOLUTION au 21 e j	GROS AVANT 10j	GROS APRES 10j	HANGER AVANT 10j	HANGER APRES 10j	T.P. AVANT 10j	T.P. APRES 10j
38	Mme GEN... 31 ans Ethylisme au vin et à la bière de- puis 8 ans	17 jours	Etat général con- servé. Hypertré- flexivité O.T. Eckymoses. Po- lynévrite des M.I.	Insomnie Anorexie Gastrite Excitation	Sortie sans im- plants. Reprise de l'appétit Prise de poids 2,5 kg Améliora- tion psy- chique	1,50	1,80	-	+	80	100
39	Mme EL... 48 ans Ethylisme chronique. Vin - bière Alcools forts.	17 jours	Anaigrissement Hépatomégalie 2 TD Etat dépressif Polynévrite des M.I.	Anorexie Pituite Insomnie Agitation	Cure : 9 épreuves Implants Améliora- tion soma- to-psychi- que. Pri- se de poids 5kg au 37ème jour	1,27	2	+	-	84	95

N°	NOM	DUREE D'INTER- VENEMENT	S.P.	S.F.	EVOLUTION au 21e j.	GROS AVANT 10j	GROS APRES 10j	CHANGER AVANT 10j	T.P. AVANT 10j	T.P. APRES 10j
40	Mme BL... 25 ans Ethylisme à la bière de- puis 2 ans. Apéritifs ++	30 jours	Sans particula- rités	Anorexie Insomnie Agressivité	Cure. Im- plants. Améliora- tion psy- chique Reprise de l'appétit	2	2	-	96	95
41	Mme TR... 46 ans Ethylisme chronique Vin et Bière	25 jours	Hypertension Hépatomégalie 1 TD amaigrissement	Nausées ma- tinales. Onirisme Anorexie	Prise de poids 3kg Pas de cu- re ni d'implants 1 rechute	1,40	1,80	+	87	100
42	Mme H.C... 42 ans Ethylisme chronique ré- cidivant	21 jours	Dénutrition Hépatomégalie 2 TD Polynévrite des M.I.	Anorexie Gastrite	Prise de poids 3,2 kg Améliora- tion sur tous les plans	1,20	1,00	++	53	80

OBSERVATION N° 2

Monsieur BAM..., d'origine polonaise, âgé de 44 ans, célibataire et ouvrier agricole, a été admis dans le service sous le régime du placement volontaire. Il présentait en effet, un syndrome confuso-onirique sur un terrain d'éthylisme chronique important.

Son état général était des plus altérés et la première semaine de son séjour fut utilisée à traiter sa confusion onirique et à le rééquilibrer sur le plan métabolique.

Dans un deuxième temps, devant la restauration rapide de l'état général et malgré l'importance des signes physiques de la cirrhose, le malade commença une cure de déconditionnement qui s'est déroulée sans incidents. A la fin de cette cure, il accepta qu'on lui place des implants de Disulfirame.

Pendant la période qui suivit la première semaine d'hospitalisation, le malade a demandé de lui-même à être occupé et à être affecté à la ferme de l'Hôpital.

A la fin de son internement qui a duré 33 jours, le malade avait un état somatique satisfaisant et manifestait le désir de retrouver un emploi perdu lors de son épisode confuso-onirique.

Régulièrement suivi au dispensaire anti-alcoolique de Metz, il nous a appris qu'il avait trouvé du travail dans un centre d'élevage et qu'il restait toujours sobre. Cette dernière précision, nous a été confirmée par son employeur qui le conduit lui-même aux consultations.

Nous voyons que malgré un état de dénutrition important associé à de multiples affections vasculaires et neurologiques, sous l'effet du traitement, ce malade s'est rapidement rétabli et a trouvé la force de se relancer dans la société alors que son internement en lui faisant perdre son emploi, ne pouvait que le désocialiser.

Avec l'OBSERVATION N° 5,

nous avons l'illustration des limites de notre action.

Monsieur SIE... Louis est un vieil alcoolique chronique de 76' ans, rejeté par sa famille et placé en hospice où, étant donnés ses excès, on n'a pas pu le garder.

Ses enfants, ne voulant plus l'accepter dans une maison (qui est d'ailleurs la sienne), profitèrent d'une ivresse pour le faire interner. Son état était des plus déplorables, compliqué par une insuffisance cardiaque avancée. Il a donc reçu un traitement de reconstitution et la thérapeutique imposée par son affection cardio-vasculaire. Au bout de 21 jours, le poids s'était augmenté de 2 kg 300 et l'appétit s'était amélioré. Simultanément, l'insuffisance cardiaque était moins invalidante qu'à l'entrée. Le 28ème jour, Monsieur SIE... sortait de l'Hôpital pour retrouver ses enfants en attendant qu'une place soit disponible à l'hospice.

Bien sûr, étant donné l'état général et cardiaque du malade, il n'a pas été question de faire de cure de désintoxication ni d'entreprendre une psychothérapie.

Replacé dans les conditions qui avaient entraîné sa première hospitalisation, Monsieur SIE..., pourtant sevré depuis plus de 3 semaines devait reprendre rapidement ses excès alcooliques.

15 jours plus tard, il réintégrait le service, de nouveau en état d'ivresse.

Toutes les améliorations acquises lors de son premier séjour étaient détruites et aucun traitement ne nous permit de rétablir ce malade, victime de son habitus et du rejet familial.

OBSERVATION N° 6

Monsieur KNI..., âgé de 70 ans est un lorrain de pure souche. Retraité et ayant une pension qui lui permet de vivre sans problème, il a décidé de mettre sa maison au nom de son fils.

Bien vite, il est "de trop" dans cette maison qu'il a fait construire. Il gêne. Son moral s'en ressent et il se met à boire "pour oublier".

C'est au cours d'une ivresse que ses enfants le font "placer" à Lorquin. Là, le traitement habituel lui est prescrit. L'atteinte de l'état général est vite compensée et les douleurs de la polynévrite des membres inférieurs disparaissent rapidement. Malgré son âge, on pratique une cure de déconditionnement au Disulfirame et 21 jours après son entrée, il rentre chez lui n'ayant pour tout traitement que le Disulfirame quotidien et les extraits hépatiques.

Suivi régulièrement depuis un an, Monsieur KNI... n'a pas fait une seule rechute et profite au maximum de sa retraite.

OBSERVATION N° 7

Monsieur DUT... Casimir, polonais, âgé de 68 ans, exerce la profession d'agent d'entretien dans un lycée d'état.

Admis en état d'ivresse, il nous apprend que séparé de sa femme depuis 6 mois, il boit depuis ce moment là d'une manière excessive. Auparavant, ce n'était qu'un "buveur d'habitude".

Il est situé dans le cadre des "syndromes dépressifs réactionnels à un conflit familial ayant entraîné une nette augmentation des excès éthyliques". Nous décidons de pratiquer une cure rapide et de ce fait, très vite, tous les troubles s'amendent, il peut subir une série de 6 épreuves de dégoût et être implanté. Pendant son séjour, il exerça les fonctions d'employé aux écritures dans la section ergothérapique "magasin".

Sortant après 24 jours d'hospitalisation, il a pu immédiatement reprendre son poste au lycée, non désocialisé par son internement. Depuis 13 mois, Monsieur DUT... est sobre et envisage de reprendre la vie commune avec sa femme.

OBSERVATION N° 20

Monsieur MOU... Albert, plâtrier, âgé de 51 ans, marié et père de 8 enfants est admis dans le service pour des troubles mentaux caractérisés par l'éthylisme chronique, l'agitation et l'agressivité.

En fait, le lendemain Monsieur MOU... présentait un épisode confuso-onirique important qui céda en 2 jours avec le traitement hépatovitaminique intensif associé au Méprobamate et à une rééquilibration métabolique ajustée.

Après 27 jours de traitement, Monsieur MOU... avait recouvré un état général satisfaisant, pratiqué avec succès les épreuves de dégoût et il sortait porteur d'un implant.

Répondant avec une constante régularité aux convocations du D.A.A., Monsieur MOU... a reconnu avoir fait quelques rechutes qui se sont avérées être sans lendemain. Nous pensons que le fait de venir nous consulter tous les mois depuis un an n'a pu que l'aider à ne pas resombrer dans un alcoolisme, dont à vrai dire les causes n'ont pas encore été bien définies.

OBSERVATION N° 21

Monsieur TAIL... Marc, âgé de 35 ans, marié, sans enfant, est ajusteur. Il boit depuis dix ans plus d'un litre de vin par jour. Par ailleurs, des antécédents de comitialité ont été retenus d'une manière formelle.

L'étude psychologique a montré qu'il buvait depuis qu'il savait que sa femme ne pouvait pas avoir d'enfants.

Admis pour ivresse pathologique avec chute, il a été mis au traitement habituel, a fait les cures, a été implanté et occupé durant son séjour à l'atelier de serrurerie.

Au terme de son hospitalisation, l'amélioration de l'état général a été nette avec reprise de poids, et disparition de l'anorexie. De même, les signes fonctionnels digestifs ont regressé.

Depuis un an qu'il est suivi au dispensaire anti-alcoolique de Metz, Monsieur TAIL... est sobre, sa vie est plus calme et par voie de conséquence, il suit mieux les traitements qui lui sont prescrits. Aussi, a-t-on pu enregistrer une nette diminution de la fréquence des crises comitiales.

OBSERVATION N° 23

Monsieur LAU... Claude, âgé de 40 ans, est cantonnier à la S.N.C.F.

Il boit quotidiennement son litre de vin, mais de son propre avis, le supporte mal. A l'occasion d'un conflit conjugal, sa femme refusant tout rapport sexuel, le malade a augmenté sa consommation d'alcool et les ivresses sont devenues de plus en plus fréquentes nécessitant l'intervention de la gendarmerie.

Dès l'admission dans le service, le bilan retient une atteinte de l'état général et de nombreux signes d'imprégnation, tant sur le plan clinique que biologique. Pendant 21 jours de traitement, après les épreuves et les entretiens psychothérapiques, il fut occupé d'une colonne de nettoyage. Au terme de son séjour, il fut confié au médecin de travail de la S.N.C.F. qui surveilla la fermeté de son intention "de ne pas boire". En cela, le malade était aidé par des implants qu'on lui avait posés avant sa sortie.

Etant régulièrement suivi à la consultation anti-alcoolique de la S.N.C.F. et au dispensaire de Thionville, le malade a pu reprendre son travail dès la sortie de l'hôpital, ce qui a minimisé, pour lui et les autres, le fait qu'il ait été interné. Avec un an de recul, cet ancien buveur n'a fait aucune rechute, suit la progression normale de son emploi et semble avoir résolu son problème conjugal.

OBSERVATION N° 28

Monsieur HEI... Henri, a été interné dans le service il y a dix mois, pour éthylisme chronique avec agressivité.

Il est marié, père d'une famille nombreuse, il se trouve par ailleurs en invalidité depuis quatre ans à la suite d'un accident de la circulation.

Son entourage est des plus favorisants à l'alcoolisation. En effet, sa femme est débile, les conditions financières sont précaires ; et il leur est difficile "de joindre les deux bouts" pour nourrir les six enfants.

Depuis sa mise en invalidité, M. H. s'est mis à boire jusqu'à 5 litres de vin par jour - Simultanément son état général s'altère pour autant qu'il avait été gastrectomisé (aux deux tiers) il y a 6 ans environ. De même son psychisme s'en ressentit puisqu'il devient hyper-nerveux, s'emportant pour un rien, faisant régner la terreur chez lui et auprès des voisins.

Il fut amené dans le service par les sapeurs-pompiers, par arrêté communal, lors d'une ivresse excito-motrice plus bruyante que d'habitude, et notre pronostic était alors des plus réservés.

Son hospitalisation entraînait à la famille des frais que ne couvrait pas l'A.M.G.. Aussi, pour éviter une aggravation de la situation financière, nous avons pratiqué une rééquilibration hépatique et une renutrition intensive tout en faisant dès le 16ème jour une série de six épreuves au vin qui toutes eurent pour effet d'entraîner une importante crise disulfiramique. Dans le même temps, ce malade a été confié à l'équipe soignante du service d'ergothérapie (section menuiserie) où il a été occupé à de menus bricolages qui lui permettaient de reprendre confiance en lui-même, et dans les possibilités qu'il avait perdues depuis son accident.

Il a donc été maintenu actif et sevré jusqu'à la transformation de son placement d'office en placement volontaire, date à laquelle il a rejoint son foyer.

Revu un mois plus tard au D.A.A. de METZ, nous apprimes par sa femme et lui-même qu'il poursuivait son traitement et avait trouvé de petits travaux à faire dans le village où progressivement les portes s'ouvraient devant lui. Cette amélioration a été confirmée aux diverses consultations où il s'est présenté depuis un an.

OBSERVATION N° 30

Monsieur HEN... Roger, célibataire, résidant à METZ, sans domicile fixe - Âgé de 46 ans - exerçant la profession de journaliste.

Monsieur HEN... a été admis en février, sous le régime du placement volontaire, en état de "pré-délirium". Il avait alors l'air fatigué, les traits tirés et la mine triste. C'était le type même du solitaire désocialisé en voie de clochardisation (son dernier emploi, bien qu'ouvrier agricole, consistait à décharger les wagons à la gare de marchandises de Metz).

Sur le plan somatique tous les signes évoquaient une décompensation oedémato-ascitique d'une cirrhose dont l'étiologie était une alcoolisation supérieure à 4 litres de vin par jour depuis vingt ans.

Le pré-délirium a été très vite corrigé par l'hépatovitaminothérapie intensive associée au méprobamate.

Après le schéma habituel, cure et ergothérapie à la ferme de l'hôpital où au mois de mars l'activité consiste surtout à soigner le bétail, M. HEN... a été adressé aux assistantes sociales du secteur qui ont pu lui trouver un emploi dans une ferme de la région.

Son assiduité à répondre aux convocations du D.A.A. de METZ, et le fait que ses employeurs le conservent dans l'exploitation nous confirment le bénéfice de son séjour à l'Hôpital Psychiatrique, bien que son état ne nous ait pas permis de lui proposer les implants.

Avec cette observation, nous pensons avoir donné un bon exemple de ce que l'on peut obtenir, avec notre technique thérapeutique et une aide efficace et compréhensive des services sociaux.

OBSERVATION N° 35

Madame PIR... Emma, âgée de 46 ans, vit maritalement et est mère de 3 enfants.

Alors qu'elle avait été signalée par le Dispensaire Anti-Alcoolique de THIONVILLE, avec l'aide de l'ami de cette dernière, le médecin consultant parvint à la convaincre de la nécessité de se faire soigner à l'Hôpital Psychiatrique de LORQUIN.

En effet, à l'admission elle est dans un état repoussant, sale, négligée et présentant déjà de nombreuses plaies (dues aux chutes des ivresses) surinfectées. Le logement est à l'abandon et les enfants laissés sans soins. Le service social profite d'ailleurs du départ de Mme PIR... pour placer les enfants.

Mme PIR..., bien qu'elle nie tout excès alcoolique, présente des signes d'imprégnation manifeste et un important cortège de signes fonctionnels. Elle est mise au traitement décrit, et pratique plusieurs cures. Son hospitalisation est de 21 jours pendant lesquels elle s'occupe activement dans le service et est aussi chargée de l'entretien d'un logement de l'Hôpital. Au cours de ce séjour, ses problèmes psychologiques sont étudiés de près et la notion de conflit "conjugal" constant avec son ami est mise en évidence, ainsi que sa répercussion sur le processus de maturation psychique des enfants.

Après son hospitalisation, nous lui conseillons une période de probation de 9 mois, au terme de laquelle ses enfants lui sont rendus.

Bien que n'étant pas protégée par des implants, Mme PIR... reste sobre depuis sa sortie de l'hôpital. Elle vient très régulièrement au D.A.A. accompagnée de "son ami". Nous avons donc ici la possibilité de pratiquer une psychothérapie du couple. A l'échéance fixée, les enfants leur sont rendus. Avec un recul de 13 mois, il convient de remarquer qu'il n'y a pas eu de rechute et que la réadaptation de la famille s'est faite de façon satisfaisante, surtout pour les enfants.

Il faut noter que dans ce cas, l'avenir des enfants étant en cause, nous avons dû adopter une position sévère qui a permis de suivre de très près cette malade. Mais remarquons aussi qu'il était temps de lui rendre les enfants au bout de neuf mois, car Madame PIR... commençait un état dépressif réactionnel à la séparation et aurait pu, si elle s'était prolongée, trouver de nouveau dans la boisson une compensation à sa frustration de mère.

OBSERVATION N° 38

Madame GEN... Liliane, âgée de 31 ans est mère de 2 enfants dont une fille de 7 ans, née d'une liaison bien avant son mariage.

Ses parents ont divorcé, son père étant alcoolique. Son mari, italien, reste soumis à l'esprit de clan qui règne souvent dans les familles italiennes implantées dans la région. La belle-famille n'a jamais accepté Mme GEN... parce qu'elle était fille-mère. Ceci constitue le conflit le plus marquant opposant Mme GEN... et son mari, qui de plus reproche à son épouse d'avoir commencé à boire alors qu'elle était seule avec sa fille 3 ans avant son mariage.

De tempérament nerveux, Mme GEN... après une dispute avec son mari au cours de laquelle le problème du divorce a été soulevé, a bu plus que d'ordinaire et a fait une ivresse excito-motrice. C'est à cette occasion que, faisant du scandale sur la voie publique, elle a été admise dans notre service.

L'état général était conservé bien qu'elle ait bu plusieurs litres de vin et de bière chaque jour depuis 8 ans. Sur le plan fonctionnel, elle se plaignait malgré tout de signes de polynévrite des membres inférieurs.

Dès la fin de l'épisode d'agitation psychomotrice, cette malade a été mise au traitement. Son état général ne se modifie guère que par une prise de poids de 2 kg. Son psychisme fut notre première préoccupation. Au cours de nombreux entretiens, nous parvinmes à cerner le centre du conflit. Une psychothérapie fut alors entreprise mais l'étendue du problème nous fit comprendre qu'aucun résultat ne serait obtenu sans la participation de la famille. Son mari alors convoqué et influencé par la transformation de sa femme accepte de participer aux entretiens que nous avons avec sa femme.

Nous avons pratiqué dans ce cas outre la désintoxication de l'alcoolisme d'une femme jeune, une psychothérapie du couple qui, permettant à la malade et son mari de mieux saisir les facteurs déterminants de leur

conflit leur a permis aussi de les résoudre eux-mêmes. Revue régulièrement depuis un an, avec sa mère et son mari, qui confirment ses dires, cette malade est devenue abstinente et le demeure. Avec la solution de ses problèmes familiaux, cette femme a retrouvé un foyer et ne voit plus de raison de boire.

OBSERVATION N° 39

Madame ELL... Arlette, âgée de 48 ans, est une femme d'un niveau social plus élevé que celui que nous avons l'habitude de connaître chez nos malades.

Femme d'un directeur d'une entreprise de peinture, elle fait partie de la "Bourgeoisie Messine". Elle est mariée depuis 25 ans avec un homme psychorigide qui, lui, depuis 10 ans possède une maîtresse en titre. Madame ELL... et son mari font chambre à part et ne se parlent plus. Cette situation est douloureusement ressentie par les enfants (19 et 14 ans) qui ne savent plus quel est le responsable, puisqu'il y a 10 ans que leur mère boit.

En effet, Mme ELL... compensait la carence maritale par l'alcool au point que, privée d'argent, elle finit par commettre de petits larcins pour se procurer du vin.

De scandales en scandales, elle finit par se trouver tellement culpabilisée aux yeux de son mari, elle tenta de se supprimer. L'échec de ce dernier scandale la conduisit à l'Hôpital Psychiatrique de LORQUIN.

Lors de son admission, nous fûmes frappés par son état de dénutrition et le syndrome dépressif grave qu'elle présentait. Le traitement fut pratiqué en deux temps. Une restauration somatique fut d'abord recherchée en nous couvrant sur le plan psychiatrique par un traitement tranquillisant adjuvant. Dans un deuxième temps, nous avons entrepris une cure de déconditionnement appuyée sur l'étude des facteurs psycho-pathogéniques de son état dépressif.

Ce n'est qu'après 37 jours de traitement que nous avons pu lui permettre de retourner dans sa famille. Le mari, contacté entre temps, a accepté de reconnaître sa responsabilité dans la maladie de sa femme, a fait un effort certain pour ne plus attirer l'attention sur une liaison qu'il ne pouvait pas rompre.

Avec un an de recul, Madame ELL... suivie régulièrement aux consultations du D.A.A. n'a fait de rechute et, bien qu'indifférente à

son mari, se trouve satisfaite d'une "cohabitation amicale". Elle trouve actuellement, comme nous le lui avons conseillé, une compensation à sa frustration d'épouse dans une activité de mère pleine de satisfaction puisqu'elle a aidé sa fille à entreprendre un professorat et qu'elle apporte à son fils une aide efficace dans ses études secondaires.

OBSERVATION N° 40

Madame BLU... Âgée de 25 ans, mariée et mère de 2 enfants, est née de l'union d'un père alcoolique invétéré et d'une mère malade mentale.

Son éthylisme trouve son origine dans de multiples situations conflictuelles auxquelles elle est particulièrement sensible puisqu'elle présente elle-même un fond de déséquilibre mental et d'instabilité caractérielle.

Elle a présenté un épisode dépressif avec des tentatives d'autolyse après chacun de ses deux accouchements. Plus récemment de graves problèmes sont apparus dans les relations conjugales, portant sur les rapports sexuels qu'elle ne supportait plus et sur l'environnement social qu'elle ne tolérerait pas davantage.

Venue d'elle-même se faire soigner à l'Hôpital Psychiatrique de LORQUIN, le traitement eut raison des troubles fonctionnels qu'elle présentait et les répercussions sur le plan psychique furent particulièrement nettes. L'étude du contexte social, avec l'aide de son mari, nous permit de comprendre que la fragilité psychique de cette malade ne pouvait lui permettre de supporter la vie dans un immeuble moderne de type H.L.M.. Aussi, après avoir demandé à l'assistante sociale de l'entreprise employant M. BLU... de bien vouloir étudier le problème, avons-nous entrepris une psychothérapie de soutien de longue durée. Nous avons, tout en la suivant au D.A.A., laissé sortir Madame BLU... protégée par un implant et un mari devenu plus conscient de l'état de sa femme.

Il y a six mois, l'entreprise, que nous avions contactée, a proposé à Monsieur BLU... un autre logement plus adapté à l'état psychique de cette malade. Depuis ce moment, la situation familiale et conjugale s'est assainie et Madame BLU... n'éprouve plus le désir de boire.

OBSERVATION N° 42

Madame HAC... Jacqueline est âgée de 32 ans, mariée et mère de 3 enfants d'âge scolaire. Son mari est cultivateur alors qu'elle est fille de cheminot. Le syndrome de transplantation qu'entraîna le mariage fut déjà le premier élément d'un conflit qui ne fit qu'empirer au fil des années. En effet, habituée à la ville, Madame HAC... ne s'est jamais adaptée à la ferme isolée où elle vit depuis 12 ans.

Par la suite, des problèmes nouveaux se surajoutèrent. Des difficultés d'ordre conjugal et familial (surtout sur le plan financier) vinrent compliquer la situation. A l'apparition de chaque problème nouveau, Madame HAC... manifestait des réactions psychosomatiques de son angoisse. Ces manifestations portaient surtout sur la sphère digestive et prenaient la forme de diarrhées importantes.

Ce n'est qu'après une longue enquête, après plusieurs rechutes de son alcoolisme traité par le déconditionnement, que nous sommes parvenus à définir le facteur déclenchant de cette rechute. Présentant une diarrhée importante Madame HAC... "se soignait" en absorbant plusieurs flacons par jour de solution alcoolique de teinture d'opium. Il est évident que faisant disparaître la manifestation digestive de son angoisse, elle se remettait alors dans les conditions déterminantes de la rechute.

Madame HAC... a donc été déconditionnée par plusieurs épreuves au Disulfirame. Une psychothérapie du couple a été entreprise, mais notre première action positive dans ce cas a été de lui supprimer, à l'aide des implants, la possibilité de prendre de l'élixir parégorique lorsqu'un nouvel épisode de diarrhée apparaissait. Nous avons remplacé cette médication alcoolisée par un composé sulfamidé.

Depuis ce dernier épisode d'où elle est sortie, avec un traitement par le Disulfirame, une couverture par les implants et un traitement sédatif permettant un meilleur abord psychothérapique, Madame HAC... a eu bien sûr d'autres problèmes et d'autres épisodes diarrhéiques, mais

comme elle ne pouvait plus utiliser que les composés sulfamidés prescrits
elle n'a jamais plus reconstitué ce cercle vicieux :

PROBLEMES - ANGOISSE - DIARRHÉE - ELIXIR PAREGORIQUE - ETHYLISME - PROBLEMES.

- 66 -

E V O L U T I O N

E T

C O N C L U S I O N S

E V O L U T I O N

Pour terminer l'exposé de ce travail, il est nécessaire de présenter maintenant les résultats que nous avons pu enregistrer, avec un an de recul après la sortie des malades de notre service.

Plusieurs critères vont nous servir à juger de la fermeté des anciens buveurs à persévérer dans leurs nouvelles dispositions, de "Ne pas boire", et à déterminer dans quelle mesure ce schéma thérapeutique nous a apporté les satisfactions que nous en attendions.

Tout d'abord, nous avons jugé la régularité dans la poursuite du traitement. A la sortie de l'hôpital, les malades reçoivent une ordonnance où leur sont prescrits du Disulfirame (1 comprimé chaque matin à jeun) et un complexe vitaminique B qu'ils doivent prendre deux fois par jour d'une manière régulière. Il ne leur est généralement pas accordé de convalescence, car au contraire, nous leur conseillons de reprendre le plus rapidement possible leur travail. Généralement, tous suivent scrupuleusement la prescription ; et si certains expriment quelques réticences, le conjoint est là pour leur imposer la prise des médicaments. Aussi, bien souvent, par la participation qu'elle exige de l'autre élément du couple, l'ordonnance peut apparaître comme un contrat tacite et un moyen pour ce dernier d'aider l'ancien buveur. Sur nos 42 observations, un seul malade alléqua des brûlures gastriques, vers le 6ème mois de post-cure, pour cesser de prendre le Disulfirame. Il recommença à boire dès cette date, mais il faut aussi noter que d'autres circonstances (environnement défectueux, entraînement, sollicitations extérieures et situations conflictuelles), l'avaient amené à ne plus suivre son traitement.

La prescription d'extraits hépatiques (ampoules buvables) et de complexes vitaminiques en cure ambulatoire, présente l'intérêt de poursuivre le traitement hospitalier par voie orale tout en aidant la poursuite de l'amélioration de l'état général. Elle permet aussi de donner au malade une impression de continuité entre son séjour à l'hôpital et la vie quoti-

dienne normale. Le patient apprécie vivement cette continuité et exprime fréquemment sa satisfaction que "le même médecin qui l'a soigné à l'Hôpital, le suit régulièrement et lui prescrit les mêmes médicaments qui lui ont fait du bien".

L'assiduité aux consultations du dispensaire anti-alcoolique est un excellent critère pour traduire la stabilité dans l'abstinence. Celui qui reboit, ou qui en a la tentation, hésite à venir exposer son échec. Deux absences successives après nos convocations se révèlent habituellement être des rechutes après l'enquête des services sociaux. Pour cette raison, en effet, nous avons adopté le principe d'envoyer l'assistante sociale prendre contact avec la famille de l'intéressé dans la semaine qui suit la deuxième convocation sans effet. Si cette attitude peut sembler soupçonneuse, voire répressive, l'expérience a montré que bien souvent l'ancien buveur qui a récidivé dans ses excès, honteux, attend sans oser le demander lui-même, que l'on vienne de nouveau l'aider. Nous pensons que cette aide doit être précoce dès la rechute, car c'est à ce moment là que nous avons le plus de chance de saisir la défaillance psychologique ou les autres causes qui ont amené le malade à reboire. C'est bien souvent d'ailleurs par les rechutes que nous pouvons définir où cesse "la coutume" et où commence "le comportement" (Cf. observation n° 42). Par la suite, nous pourrions proposer au buveur une psychothérapie plus adaptée.

Un autre critère important pour pouvoir juger de l'évolution du traitement de l'alcoolique est la notion de réintégration au milieu, ce qui implique la rentrée du buveur au sein de la famille et son retour dans son cadre socio-professionnel. De nombreuses rechutes sont dues aux familles elles-mêmes qui considèrent l'ancien buveur comme "un vicieux" qui n'attend que la prochaine occasion pour boire, et cela en vertu du vieil adage "qui a bu, boira".

Là aussi, il est indispensable de fournir un effort d'éducation globale et élargie pour que la famille cesse d'être un élément hostile, traumatisant, entravant la bonne volonté du malade et précipitant la rechute par un rappel permanent de sa faute. La réadaptation socio-professionnelle est tout aussi importante car c'est essentiellement dans ce domaine que le buveur

guéri va tester la valeur de son nouveau statut d'ouvrier sobre. Comme il a à coeur, le plus souvent, d'essayer de regagner le poste que l'alcool lui a fait perdre, il est important et même indispensable qu'il y réussisse. Il est donc nécessaire que par le biais et la coordination des services sociaux des démarches soient faites au niveau de l'entreprise, pour que cet effort soit justement récompensé. Trois de nos malades observés, ayant échoué précisément dans leur tentative de réhabilitation socio-professionnelle ont inéluctablement rechuté (deux en particulier à la suite de licenciements abusifs alors que, âgés de plus de 40 ans, ils n'avaient plus guère de possibilités de retrouver un emploi en Moselle).

Enfin, tous ces éléments ne servent qu'à définir le seul vrai critère évolutif de la cure et de la post-cure de l'alcoolisme, l'absence ou non de rechute. Au terme de notre étude, nous pouvons comparer les résultats que nous avons obtenus, à ceux présentés dans d'autres statistiques. Bien sûr, le nombre de cas étudiés (42 observations) peut paraître minime en regard de certains autres travaux effectués sur ce sujet ; mais notre travail a nécessité une quadruple recherche d'action, à visée médicale, psychothérapique, sociale et professionnelle.

En 1957, avec un recul d'une année Cl. MACHIN retient pour 594 malades, 40 % d'excellents résultats c'est-à-dire 239 buveurs qui n'ont pas rebu ou n'ont tenté qu'occasionnellement de reboire sans reprise véritable de l'intempérance.

En 1967, C. MUKEBA, dans une étude portant sur 76 cas d'alcoolisme féminin retient 88 % d'excellents résultats après un an. Ce résultat encourageant est dû, selon lui, à une action socio-psychothérapique de post-cure très intense.

Notre statistique rejoint donc l'étude de C. MUKEBA puisque sur les 87 cas traités selon notre schéma dans le service, nous n'avons enregistré que 11 rechutes au bout d'un an (dont 4 seulement sur les 42 observations rapportées, qui ont fait l'objet d'une surveillance de post-cure plus importante).

CONCLUSIONS

Au terme de ce travail, les conclusions pourraient n'avoir qu'une portée limitée ; la cause principale en serait le mode particulier de recrutement des alcooliques traités dans le service. Ceux-ci, en effet, d'une part issus des couches sociales les plus basses de la population mousellane, d'autre part, d'origine étrangère, plus ou moins récemment implantés dans le département, sont certes justiciables, sans problèmes d'un traitement médical et ergothérapique, mais ils ne se prêtent guère qu'à une psychothérapie dite de soutien. Il ne nous a pas été permis, dans ces conditions de travail, de préciser les avantages que l'on pourrait retirer d'une psychothérapie plus élaborée.

Treize mois de surveillance, par ailleurs, ne permettent de juger objectivement que de la cure hospitalière proprement dite et de la première année de post-cure. Malgré ce manque de recul, les observations que nous avons pu présenter nous permettent de préciser et d'affirmer :

1. - D'abord l'intérêt certain de la rapide amélioration de l'état général des malades, obtenue par l'hépatovitaminothérapie intensive et son incidence sur la plus grande réceptivité à la psychothérapie.

2. - Ensuite la diminution importante de la durée du séjour en milieu hospitalier, puisque la moyenne statistique est de l'ordre de 25 jours au lieu de 70 ou 80 jours, comme cela était usuel, antérieurement, avant la mise en oeuvre de notre schéma thérapeutique. Il est à noter que de nombreux malades ont été traités en 15 jours. Cet élément permet de réduire d'une façon appréciable le facteur de désocialisation, qui résulte trop fréquemment d'une "cure de désintoxication".

3. - Enfin le rôle indispensable qu'une cure hospitalière et une post-cure bien conduites jouent d'une manière simultanée et coordonnée dans la lutte contre les facteurs favorisant de l'alcoolisme, (facteurs physiques, facteurs psychologiques et facteurs socio-professionnels).

Dans cette optique, il ne faut pas soumettre l'alcoolique à un système répressif ; il convient au contraire de l'amener à se confier à des équipes soignantes bien conscientes des problèmes que pose "l'Alcoolisme, Maladie Sociale". Mais encore faut-il que le buveur soit aussi très informé, sans contrainte, sans paternalisme outrancier, de tout ce qu'il peut entreprendre avec confiance pour retrouver son véritable statut "d'homme libre", d'homme ne dépendant plus de l'Alcool.

Vu, le Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Cl. LAUNAY.

Vu, le Doyen,
Monsieur le Professeur J.J. DERNIER.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de L'Académie de PARIS.

B I B L I O G R A P H I E

1. - ALBOLT G., HERMAN J., FAYE Cm, et CHARDARD S. : Pathogénésis of alcoholic hépatites. Quarterly Journal of Studies on Alcohol
1958 - XIX - P. 180
2. - BALINT : Le médecin, son malade et la maladie
P.B. - P.
3. - BARON J. : Bilan de trois années de cure de désintoxication alcoolique dans le service de médecine générale d'un hôpital de deuxième catégorie.
Thèse - PARIS 1965.
4. - BENSOUSSAN P.A. : Psychothérapie analytique d'un cas grave d'alcoolomanie.
Revue de l'alcoolisme - n° 4
Octobre - décembre 1962 - P. 348
5. - BERTAGLIA L. : La Psychologie des alcooliques
La Rev. du Prat.
1953 - 3 - n° 32 - P. 2 377
6. - BOITELLE G. et BOITELLE-LENTULLO Cl. : Résultat de deux ans de traitement anti-alcoolique au service libre de l'hôpital psychiatrique de LORQUIN.
Ann. Méd. Psychol. - 1952 - 110 - T. 1 - P. 348
7. - BOITELLE G., DELTEIL P. et LEYRIE J. : Résultats obtenus par les perfusions polyvitaminées à hautes doses, comme traitement de l'alcoolisme chronique.
Ann. Méd. Psychol. 1958 - T. 1 - n° 51 - P. 823 à 854

8. - BOITELLE G. et BOITELLE-LENTULLO Cl. : Sur quelques causes des rechutes dans l'alcoolisme.
Etudes anti-alcooliques - 1956 - 6 - P. 262
9. - CARRERE J., ROBERT M., ROBERT G., MARTEL A., SEGUIER R., et BOUJU B. :
Investigations psychologiques dans quarante cas d'alcoolisme chronique.
Revue de l'Alcoolisme - n° 4 - 1961 - P. 321
10. - CASTET B. : Réflexions sur le traitement de l'alcoolisme chronique par les cures de déconditionnement.
Le concours Médical - 2 mars 1963 - n° 9 - 85ème année -
P. 1 343
11. - CAUQUIL G. : Le couple des Alcooliques et la Psychologie de la conjointe.
Th. - Méd. Montp. 1960.
12. - CLAVREUL J. : La parole de l'alcoolique
La psychanalyse - V - P.V.F. 1959 - P. 257 à 280.
13. - COLLESON L., GRILLIAT J.P., VAILLANT G. et Collaborateurs : les habitudes alimentaires en LORRAINE de sujets présentant un syndrome hépatique d'origine éthylique.
(A propos de 182 cas).
Rev. Hyg. et Méd. Soc. - 9 - n° 8 - déc. 1961 - P. 714 à 726.
14. - DAUMEZON G. : Détérioration mentale chez les alcooliques chroniques, sa détermination par les techniques psychologiques.
Revue de l'alcoolisme - n° 4 - 1961 - P. 265.
15. - DAUSSY et HERVO : Traitement du Délirium Trémens par hépatothérapie intra-veineuse.
A.M.P. - juin 1953.
16. - DELAY J. : Chimiothérapies de l'Alcoolisme
Presse Médicale - 1950 - 58 - P. 13.

17. - DELORE et BERNY : Carence alimentaire et recours à l'alcool.
P.M.P. 19 nov. 1955 - n° 63
18. - DEROT M., LAGRUE G. et METHUYS M. : Nutrition - Quelques traitements actuels.
Gaz. Méd. de France - 1951 - 58 - n° spécial - P. 277
19. - DEROBERT L. et DUCHENE H. : L'alcoolisme aigu et chronique.
Eléments d'une défense sociale.
Problème médico-légal et psychiatrique.
PARIS 1942.
20. - DOREY R., COLLARD M., KRESS J.J. et Collaborateurs : Désintoxication alcoolique au Disulfirame.
Ann. Méd. Psychol. 119 - n° 4 - avril 1961
21. - DUBLINEAU J. : La Réadaptation des buveurs chroniques récidivistes -
La Revue de l'Alcoolisme - 12 - n° 1 - janvier-mars 1966
P. 19 à 32.
22. - DUBLINEAU J. : Les répercussions familiales de l'alcoolisme.
Journées d'étude sur l'alcoolisme - PARIS mai 1954.
23. - FINK R. : Modifications of alcoholics behavior choice in social and non social situations.
Quarterly Journal of Studies on Alcohol - vol 26 - n° 1 - mars 1965 - P. 81 à 94.
24. - FOUQUET P. : Alcoolisme et Psychiatrie
L'Evolution Psychiatrique - 1959 - Fascicule II - avril-juin
P. 217 à 246.
25. - FOUQUET P. : Névroses alcooliques
E.M.C. Psychiatrique - T. II
26. - FOUQUET P. : Les problèmes de post-cure.
Journées d'Etudes sur l'Alcoolisme Féminin - PARIS - Mai 1954.

27. - FOUQUET P. et ROBERT R. : Essai sur les critères de guérison de l'alcoolisme - Ann. Méd. Psych. 1952 - 110 - T. I - P. 236.
28. - GORCEIX A. et LAPLANCHE Cl. : Les Médications de l'Esprit.
Ed. Méd. Flammarion 1967.
P. 11 : les désintoxications.
29. - HART W.T. : The treatement of alcoholism in a comprehensive community mental health center.
Amer J. Psychiat. 126 (9) - 1 275 - 1 281 - Mars 1970.
30. - HAUMONTE M. Th. : Expérience de trois et demi de psychothérapie d'un groupe d'alcooliques à l'hôpital psychiatrique.
Ann. Méd. Psychol. 127 (3) - 323 - 336 - octobre 1969.
31. - JASPERS K. : De la psychothérapie
PUF : 1956.
32. - KAMMERER Th. : Alcoolisme chez la femme.
Alcool ou santé - n° 62 - n° 6 de 1963 - P. 15 à 25.
33. - KAMMERER Th., DOREY R., COLLAR R., et Collaborateurs : Indications, conduite et résultats de la cure de désintoxication éthylique au Disulfirame. STRASB. Méd. 12 - n° 5 - Mai 196.
P. 355 à 365.
34. - LAMACHE A., et Collaborateurs : Traitement des affections hépatiques alcooliques par injection intra-veineuse d'un extrait total de foie.
Revue de l'Alcoolisme - Oct-Déc. 1960 - P. 617 - 637.
35. - LAMOTTE et Collaborateurs : Complications neuro-psychiques de l'alcoolisme chronique.
Semaine des hôp. - PARIS 8.1.1968 - P. 83 à 94

36. - LECOQ R. : Notions de base indispensable à la compréhension des problèmes de l'alcoolisme et de la désintoxication alcoolique.
Annales pharmaceutiques françaises - 23 - n° 11 - nov. 1965.
P. 73 à 79.
37. - LECOQ R. et CLAVREUL J. : Principes de base de la cure des alcooliques.
Gazette des Hôpitaux - n° 11 - 20 avril 1960 - P. 421 à 428.
38. - LECOQ R. et VIALLE M. : La cure de désintoxication éthylique et son application dans quelques formes nerveuses graves.
L'Encéphale - T. 53 - n° 1 - janv.-fév. 1964 - P. 35 à 61.
39. - LEREBoullet J. : La désintoxication alcoolique dans un service de neuro-psychiatrie.
Revue de l'Alcoolisme - II - n° 4 - Oct.-Déc. 1965 - P. 247 à 257.
40. - LEREBoullet J. : La désintoxication alcoolique.
Le rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire et du médecin praticien.
La Revue du Prat. T. 14 - n° 4 - 1er Fév. 1964.
P. 412 à 463.
41. - LEREBoullet J. : La désintoxication alcoolique - Immex - Mars 1965.
N° 3 - P. 195.
42. - LEREBoullet J. : La cure de désintoxication des alcooliques chroniques
Médecine et Hygiène - 29ème année - n° 588 - mars 1963 -
P. 277 à 279.
43. - LEREBoullet J. : La désintoxication alcoolique.
La Revue du Prat. - 1953 - 3 - n° 32 - P. 2 421.
44. - MICHAUX L. et BUGÉ A. : Etude clinique des délires alcooliques aigus.
Revue Neurol. T. 94 - 1956 - P. 480 à 492.

45. - MORIN J.Y. : Chlorpromazine et le m  bubarbital dans le traitement du délire aigu ou sub-aigu alcoolique.
Thèse - PARIS 1955.
46. - MORIN J.Y. et COURTOIS P. : Alcoolisme, maladie sociale.
Annales Médico-Psychologiques - T. II - 128  me année -
né 2 - 1970 - P. 221    235.
47. - MUKEBA-BUILA C. : Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez la femme
dans les VOSGES. - Thèse - NANTES 1970.
48. - MURCIA-VALCARCEL E. : Psychothérapie chez les alcooliques.
Revue de l'alcoolisme - Juil.-Sept. 1968 - P. 190    196.
49. - NACHIN Cl. : Investigations préliminaires à une étude scientifique de
l'alcoolisme psychiatrique - Thèse - LYON 1957.
50. - NACHIN Cl. : Notes sur la "Psychothérapie des buveurs".
27 opinions sur la psychothérapie.
Collection "La Raison" - Ed. Sociale - PARIS 1961.
51. - NEVEU P. : Les délires chroniques des alcooliques.
(Essai clinique et pathogénique) - Thèse - PARIS 1941.
52. - PEMBERTON D. : A comparison of the out come of traetment in female and
male alcoholics.
Brit. Journ. - Psych. - Avril 1967. - 113 - 367    373.
53. - PERRIN P. : l'Alcoolisme.
Ed. l'Expansion Scientifique Française - PARIS 1950.
54. - PERRIN P. : Qu'est-ce que l'alcoolisme ?
Limite et définition.
Les causes psychiques du comportement de l'alcoolisme et de
l'alcoolomanie.
Revue de l'alcoolisme - 1960 - C - P.1.

55. - REQUET A. et NACHIN L. : Alcoolisme traditionnel et buveur psychiatrique.
Rev. Assoc. Lyonnaise Externat - 55ème année - 1959 - n° 4 -
P. 163 à 168.
56. - REQUET A. et REVOL L. : Le Disulfirame de tétraéthylthiurame dans le
traitement de l'alcoolisme.
C.R. Soc. Biol. - 1950 - 144 - P. 150.
57. - REYSS-BRION R., M.P. REYSS-BRION et VIGNAT J.P.C. : La post-cure médicale
dans le traitement de la maladie alcoolique.
Monographie - n° 1 - du Centre International d'Alcoolosie.
58. - SINGER L., RUCH E., FORGEL J. : Alcoolisme aigu et chronique féminin de-
puis la guerre.
Etude clinique et statistique.
Annales médico-psychologique 559 - 11 - 1952.
59. - Statistiques médicales des Etablissements Psychiatriques.
Année 1968 - Institut National de la Santé et de la Recherche
Médicale.
60. - TERASSE J. et MARCHEIX J.C. : Essai clinique d'un extrait de foie con-
centré en injections intra-veineuses.
Gazette médicale de France n° 15 - 25 mai 1967.
61. - TUSQUES J. et GANRY C. : Les conseils du psychiatre au médecin-praticien
pour le traitement de l'alcoolisme.
Revue de l'Alcoolisme - 11 - n° 4 - 1965.
62. - VIDART L. : Traitement hospitalier de l'Alcoolomanie.
Revue de l'Alcoolisme - Oct.-Déc. 1962 - P. 265 à 271.

